Nr. 22 30. maja 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Bolesław GUTOWSKI, Warszawa.
Dr. Helena WASILKOWSKA.

Wahania ilościowe cukru we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym pod wpływem insuliny.

Z Zakładu Fizjologii Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Czubalski.

Od czasu klinicznych oznaczeń cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym, wykonanych w 1904 roku przez Sicard'a i Rousseau Largwelt'a, stale wzrasta zainteresowanie się tym ważnym składnikiem płynu mózgowo-rdzeniowego.

Przeciętne wartości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym, podawane przez różnych autorów, nie są z sobą zgodne i wahają się w pewnych granicach. Według Mestrezat'a zawartość cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym człowieka wynosi 0,048—0,072%, według Polonowsky'ego i Duhot'a 0,048—0,072—0,105%.

Kelley w swojej statystyce podaje cyfry 0,048—0,10%. Większość autorów zgadza się na to, że najczęściej spotykane cyfry wahają się około 0,07%. Zawartość cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym zwierząt doświadczalnych jest bliską tego poziomu; około 0,085% (psy), 0,065% (króliki), cyfry przeciętne cukru we krwi człowieka i psa wynoszą 0,075—0,12%.

Wahania ilości cukru we krwi wpływają według badań różnych autorów na ilość cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Przy hiperglykemji, jaką spotykamy w cukrzycy, jakoteż w niektórych ogólnych sprawach zakaźnych (z wyjątkiem tyfusu i odry), oraz w niektórych zatruciach, występuje także wyraźne podniesienie się ilości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Doświadczenia Polonowsky'ego i Duhot nad hiperglykemją adrenalinową wykazały równoczesne występowanie hiperglykorrhachii, przyczem w doświadczeniach tych ilość cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym utrzymywała się na poziomie nieco wyższym, niż we krwi.

Naodwrót przy hipoglykemji daje się zauważyć także obniżenie ilości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym, np. w przypadku hipoglykemji z powodu głodzenia.

Tę zależność ilości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym od ilości cukru we krwi potwierdziły także badania Wittgenstein'a, Czàkie'go i Rusznyak'a.

W stanach patologicznych stosunki te układają się odmiennie. Może wystąpić znaczne podniesienie się ilości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym i przy guzach i zapaleniach mózgowia, krwotokach podoponowych bez jednoczesnej zmiany ilości cukru we krwi.

Zwiększenie ilości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym występuje także niekiedy w stanach emocjonalnych (Derrien) i przy menstruacji (Hellig). Natomiast obniżenie się ilości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym bez jednoczesnej hipoglykemji występuje naogół tylko w ropnych stanach zapalnych opon mózgowych i tłumaczy się raczej miejscowem zwiększeniem zużycia cukru albo przez fermentację glukozy w obecności drobnoustrojów *(meningococcus, pneumococcus i streptococcus).*

Z prac większości autorów wynika, że z wyjątkiem niektórych stanów patologicznych, istnieje pewna równoległość wahań ilości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym i krwi. Równoległość ta jest względną, a zatem niezupełnie współmierną ani co do zmian w czasie, ani też co do wielkości absolutnych, (Mestrezat). Przy podejmowaniu niżej przytoczonych doświadczeń kierowała nami chęć rzucenia pewnego światła na rolę t. zw. wału ochronnego *(barrière hematoencèphalique)*, jaka według badań licznych autorów istnieje między płynem mózgowo-rdzeniowym i tkanką nerwową a krwią.

Ponieważ ilości cukru we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym nie są jednakowe, a przeważnie w płynie mózgowo-rdzeniowym nieco niższe, nasuwa się przypuszczenie, że istnieje pewna zapora, pewien czynnik, niepozwalający na zupełnie swobodną wymianę cukru między krwią, a płynem mózgowo-rdzeniowym.

Czy przyjmiemy teorję wydzielniczą płynu mózgowo-rdzeniowego ze splotu naczyniowego, czy teorję przesączynową, nie zmieni to istoty naszego zagadnienia. Chodziło nam tylko o stwierdzenie, czy istnieje niezależność wahań ilości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym w stosunku do wahań cukru we krwi.

Badania autorów wspomnianych powyżej wskazują na niezupełną równoległość zmian w ilości cukru krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego.

Nasze badania miały na celu dokładniejsze zbadanie stosunku wahań ilości cukru we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym pod wpływem insuliny.

Doświadczenia nasze wykonaliśmy na psach w następujący sposób: po uśpieniu chloralozą (0,1 gr. na 1 kg. wagi zwierzęcia) wykonywaliśmy nakłucie komorowe między I. kręgiem, a czaszką.

Przy wkłuciu głowa zwierzęcia była nachylona, kierunek wkłucia na gałkę oczną i nos. Igła pozostawała w komorze przez cały czas doświadczenia.

Oznaczaliśmy ilość cukru we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym mikro-metodą Mac Lean'a przed wstrzyknięciem insuliny, a następnie po dożylnem zadaniu insuliny. W tym celu pobierano równocześnie porcje krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego w 20 min. po wstrzyknięciu insuliny, — w 1 g. 20 min., 2 g. 20 min., 3 g. 20 min. i 4 g. 20 min.

Uwzględnione były tylko te doświadczenia, w których płyn mózgowo-rdzeniowy nie zawierał domieszki krwi lub też domieszka jej była zaledwie widoczna.

Insulinę „P. Z. Hy" (wyrabianą w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie) wstrzykiwaliśmy dożylnie.

Krew do badania pobieraliśmy z żyły jarzmowej zewnętrznej. Przeciętnie podawaliśmy 5 E insuliny na 1 kg. wagi zwierzęcia. Poniżej podajemy wyniki z 11 doświadczeń, ujęte w dwie tablice.

Jedna z tablic przedstawia doświadczenia o niższej początkowej wartości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym, niż we krwi, druga o wyższej wartości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym. Większość autorów przyjmuje za normę mniejszą zawartość cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym, niż we krwi. Jednak Eskuchen i inni badacze niejednokrotnie spotykali wyższy procent cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym, niż we krwi. W doświadczeniach naszych stwierdziliśmy, jako zjawisko stałe, po zadaniu insuliny, obniżenie się wybitne ilości cukru we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym, niezależnie od zawartości i wzajemnego stosunku ilościowego cukru we krwi i płynie mózg.-rdzen. w normie. Jeżeli zastrzykniemy insulinę dożylnie, to już po 20 minutach udaje się wykazać we krwi znaczny spadek cukru dochodzący do 0,0312% wobec 0,118% w normie (Dośw. 2.).

Ilość cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym w tym samym czasie również ulega przeciętnie zmniejszeniu i tylko w 3 przypadkach (Dośw. 3, 4 i 10) spostrzegamy jedynie przemijające i nieznaczne zwiększenie początkowej wartości cukru. W tym pierwszym okresie spadku zachodzą jednocześnie zmiany w zachowaniu się zwierzęcia jako to: drgawki w kończynach, przyśpieszenie czynności serca i oddechu, spadek temperatury ciała. W następnym momencie oznaczania cukru, t. j. po 1 godz. 20 min., ilość cukru we krwi utrzymuje się w dalszym ciągu na tym samym poziomie (Dośw. 2 i 8). W jednym tylko przypadku zauważyliśmy podniesienie ilości cukru (Dośw. 3), nie dochodzące jednak do normy. W płynie mózg.-rdzen. występuje w tymże okresie czasu wyraźny spadek ilości cukru, dochodzący najczęściej do poziomu obniżonej ilości cukru we krwi (Tabl. II), w niektórych zaś doświadczeniach utrzymujący się na cokolwiek wyższym poziomie (Tabl. I). Powrót do normy cukru we krwi zaznacza się dopiero po 4 godz. 20 m. i to nie we wszystkich doświadczeniach, kiedy w płynie mózg.-rdzen., z wyjątkiem dwóch doświadczeń (7 i 10), już po 3 godz. 20 m. widzimy stopniowo podwyższanie się ilości cukru. Nie zawsze udawało się prowadzić obserwacje w ciągu 4 godz. 20 m.; stawał temu na przeszkodzie stan ogólny zwierzęcia, ustępowanie narkozy, albo dalsze porcje płynu mózgowo-rdzeniowego zawierały znaczną domieszkę krwi i stawały się przez to nieodpowiednie do oznaczeń. Dwa doświadczenia podajemy w formie wykresu, dla wykazania typowych wahań cukru u psów, o niższym lub wyższym poziomie cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym, niż we krwi (rys. 1 i 2).

TABLICA I.

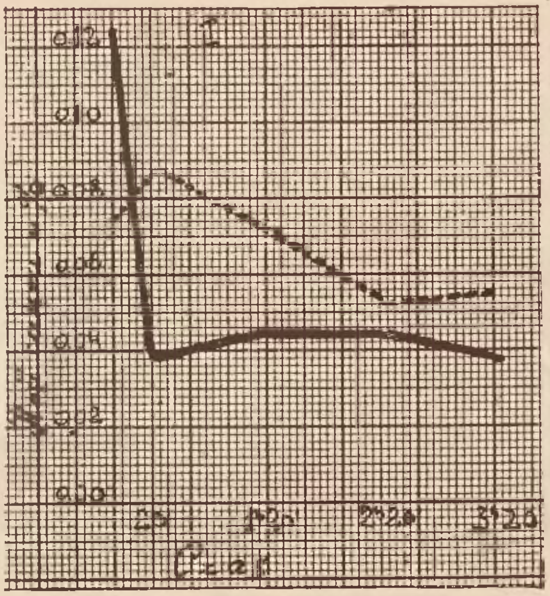
Doświadczenie z niższą wartością cukru w płynie mózg.-rdz. niż we krwi.

Nr.	Data Doświadczenia	Zawartość % cukru we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym.						
		przed wprowadzeniem		po wprowadzeniu insuliny dożylnie				
				w 20'	1h 20'	2h 20'	3h 20'	4h 20'
1	d. 13. II. 1925 r. pies 15 kg wagi	krew	0.094	0.066	0.0375	—	—	—
		płyn mózg.-rdz.	0.081	0.065	0.065	—	—	—
2	d. 23. III. 1925 pies 8,5 kg wagi	krew	0.118	0.0312	0.0312	0.0312	—	—
		płyn mózg.-rdz.	0.0875	0.0750	0.0560	0 0431	—	—
3	d 29 IV. 1925 pies 12,2 kg wagi	krew	0.125	0.0406	0.0437	0.0437	0.0375	—
		płyn mózg.-rdz.	0.0750	0.0875	0.0718	0.0531	0.0562	—
4	d. 1. V. 1925 pies 10,750 kg wagi	krew	0.100	0.0563	0.0313	0.0375	—	0.0563
		płyn mózg.-rdz.	0.0687	0.0875	0.0687	0.0437	0.050	0 0563
5	d. 4. VI. 1925 pies 12 kg wagi	krew	0.0813	0.0687	0.0437	0.0687	0.0687	0.0625
		płyn mózg.-rdz.	0.0750	0.0750	—	0.0625	0.0718	0.0718

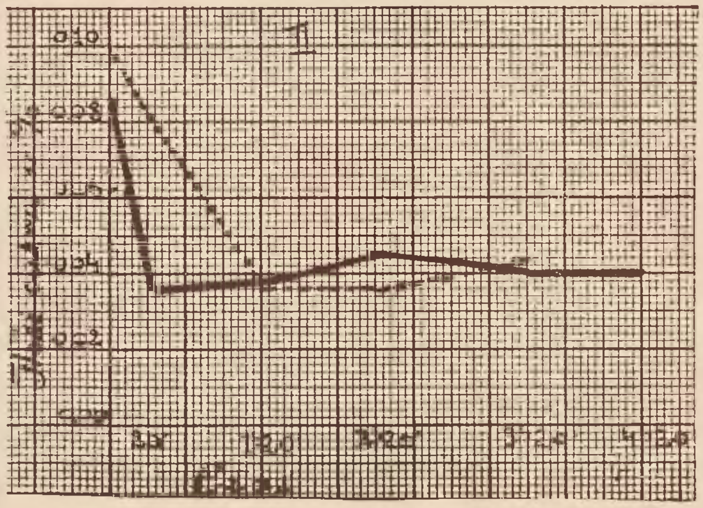
TABLICA II.

Doświadczenia ze zbliżoną zawartością cukru w płynie mózg. rdz i krwi.

Nr.	Data doświadczenia	Zawartość % cukru we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym.						
		przed wprowadzeniem		po wprowadzeniu insuliny dożylnie				
				w 20'	1h 20'	2h 20'	3h 20'	4h 20'
6	d. 22. I. 1925 r. pies 13 kg wagi	krew	0.112	0.075	0.069	—	—	—
		płyn mózg.-rdz.	0.103	0.0875	0.059	—	—	—
7	d. 15. V. 1925 pies — —	krew	0 113	0.100	0.0656	0.0563	0.0375	—
		płyn mózg.-rdz.	0.131	0.131	0.100	0.0375	0.0375	—
8	d. 26 VI. 1925 pies — —	krew	0.0845	0.0375	0.0375	0.0437	0.0406	0.00406
		płyn mózg.-rdz.	0.100	0.0813	0.0375	0.0375	0.0437	—
9	d. 30. VI. 1925 pies 11,5 kg wagi	krew	0.0750	0.0312	0.0875	0.0813	0.0750	0.0769
		płyn mózg.-rdz.	0 0875	0 0563	0.0531	0.0875	0.1090	0.1250
10	d. 30. VI 1925 pies 14 kg wagi	krew	0.0500	0.0437	0.0281	0.0281	0.0281	0.0281
		płyn mózg.-rdz.	0.0625	0.0875	0·0468	0.0468	0.0281	0 0318
11	d. 31. I. 1925 pies 14 kg wagi	krew	0.119	0.069	0.077	—	—	—
		płyn mózg. rdz.	0.113	0.075	0.075	—	—	—



Rysunek I.
Przebieg doświadczenia Nr. 3.



Rysunek II.
Przebieg doświadczenia Nr. 8.

Na linji odciętych oznaczono czas pobierania krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego, na linji rzędnych ilość cukru w procentach. Linja ciągła oznacza zawartość cukru we krwi, przerywana — w płynie mózg.-rdzen.

Wykresy te, jak również i tablice wskazują na pewną zależność wahań cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym od wartości początkowych cukru we krwi i płynie mózg.-rdzen. W doświadczeniach z mniejszą ilością cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym niż we krwi (Tabl. I i Ryc. I.), cukier w płynie nie spada do najniższego poziomu cukru we krwi po insulinie i wcześniej zdąża do normy. Jeżeli ilość cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym jest zbliżona do wartości cukru we krwi, albo wyższa (Tabl. II i Ryc. II), wtedy następuje wyrównanie cukru po obu stronach wału ochronnego z pewnem opóźnianiem dla płynu mózgowo-rdzeniowego. W zachowaniu się psów pod działaniem insuliny, najwyraźniej występują zmiany ze strony serca. Ilość uderzeń serca zwiększa się niekiedy dwukrotnie na minutę (z 80 na 160). Ciepłota obniża się w okresie doświadczalnym o 1,5° do 2° C. Czynność oddechowa ulega nieznacznemu przyśpieszeniu. W okresie obniżenia cukru daje się zauważyć zwiększona pobudliwość. Psy naogół dobrze znoszą działanie insuliny, zaledwie jeden pies pomimo podawania podskórnie cukru, padł w 24 godz. po zadaniu insuliny przy objawach przyśpieszonej czynności serca, zwolnionym oddechu i spadku temperatury. Obniżenie ilości cukru pod wpływem insuliny w płynie mózgowo-rdzeniowym było stwierdzone także przez innych autorów, np. Kasahara i Uetani. Badacze ci przeprowadzali swoje doświadczenia na królikach. Za normalną ilość cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym przyjmowali cyfrę 0,065% i wstrzykiwali insulinę podskórnie jednocześnie kilku królikom oraz badali płyn mózgowo-rdzeniowy każdego królika tylko raz jeden, lecz w różnym czasie po wstrzyknięciu.

W porównaniu do przyjętej cyfry początkowej otrzymywali wartości niższe cukru. Maksymalna zniżka występowała po 2—3 godzinach (w naszych doświadczeniach po 1 g. 20 min. — 2 g. 20 min. wskutek dożylnego stosowania insuliny), po 5—6 godz. następowało wyrównanie spadku ilości cukru.

Z tak wykonanych badań autorowie wnoszą o równoległości wahań ilości cukru we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym. Jak już omawialiśmy na początku niniejszej pracy, cały szereg badaczy obserwujących wahania ilości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym i krwi, czy to przy podwyższeniu się ilości cukru (adrenalina, stany patologiczne) zgadza się na równoległość tych wahań. Nasze badania stwierdzają również równoległość zmian ilości cukru krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego.

Podkreślić jednak należy, iż obniżenie ilości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym występuje zawsze później, niż we krwi. Zwraca także uwagę to, że w przypadkach, gdzie ilość cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym jest wyższą, lub równą ilości cukru we krwi, wahanie cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym jest bardziej zbliżone do wahań cukru we krwi, niż w pozostałych przypadkach.

Nasuwa się przypuszczenie, że wyższa ilość cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym wskazuje na zwiększoną przepuszczalność wału ochronnego, co sprawia prawdopodobnie, że wahania ilości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym stają się bardziej podobne do wahań cukru we krwi.

Piśmiennictwo:

1) M. Kasahara and E. Uetani: The effect of insulin upen the redducing substance in the cerebrospinal fluid of normal rabbits. The Journal of biolog. chemistry. Vol. 59. 1924. str. 433. — 2) W. Mestrezat: Glycémie et glycorachie. Prese Médicale 1923. str. 157. — 3) M. Polonowsky et E. Duhot: Glycémie et glycorachie. Presse Médicale 1923. Nr. 6. str. 60. — 4) M. Polonowsky, E. Duhot, I. Mozel: Hyperglycémie et hyperglycorachie adrenaliniques. C. R. des séances de la Soc. de Biologie 1922. t. 87. str. 679. — 5) M. Polonowsky, E. Duhot: Sucre libre du sang et du liquide céphalo-rachidien. C. R. des séances de la Soc. de Biolog. 1921. t. 84. str. 687. — 6) E. Vogt: Liquor cerebrospinalis und Blutzucker. Klin. Wochenschr. Jahrg. 4. Nr. 13. 1925. str. 597. — 7) W. Mestrezat: Séméiologie du liquide céphalo-rachidien dans les infectiones sous-arachnoidiennes. Annales de l'Institut Pasteur 1924. Nr. 8. str. 719. — 8) H. Staub: Insulin. 1925 r. — 9) H. Staub: Insulin. Uebersicht über die neuesten chemischen und physiologischen Ergebnisse. Klin. Wochenschr. 1924. Nr. 17. str. 747. — Derrien i Eskuchen cytowany według „Berichte über die ges. Physiol. und exper. Pharmakol. T. 23. str. 244. 1924 r.

Dr. Witold KLEPACKI, asystent. Kraków.

Ogniska przerzutowe w splotach naczyniowych mózgu, jako punkt wyjścia zapalenia nagminnego opon.

Z kliniki chorób dziecięcych U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Ksawery Lewkowicz.

Opierając się na wynikach badań z ostatnich lat, możemy dzisiaj powiedzieć, że patogeneza tak zwanego zapalenia nagminnego opon lub lepiej gorączki mózgowo-oponowej, jest wyjaśniona. Coraz więcej zwolenników zyskuje zapatrywanie, że sprawa chorobowa zaczyna się od zakażenia górnych dróg oddechowych, głównie zakażenia jamy nosogardłowej, zatem od grypy meningokokowej. Dopiero następowo może, ale nie musi przyjść do posocznicy meningokokowej, trwającej zazwyczaj krótko i prowadzącej, zależnie od odporności danego ustroju, albo do zejścia śmiertelnego lub też wytworzenia się ognisk zapalnych w poszczególnych narządach. Między innemi może również dojść do usadowienia się meningokoków w obrębie splotów naczyniowych komór mózgowych; stąd zarazki te mogą przewędrować do nabłonka wyścielającego sploty, zakazić go i przedostawszy się w obręb komór, wywołać w nich pierwotnie proces zapalny, który dopiero następowo przenosi się na opony mózgu i rdzenia.

Zapatrywanie to wypowiedziane przez prof. Lewkowicza (3) jeszcze w r. 1916, udowodnione w całym szeregu prac, zyskuje coraz większe uznanie wśród badaczy nagminnego zapalenia opon mózgowych. (Dopter (1, 2), C. Worster Drought w dyskusji do odczytu prof. Lewkowicza w sekcji pedjatrycznej T-wa Lek. Londyn. 1925.).

Największe znaczenie dla badań histologicznych nad patogenezą zapalenia nagminnego opon muszą mieć oczywiście przypadki piorunujące, prowadzące w kilkunastu czy kilkudziesięciu godzinach do zejścia śmiertelnego. Tylko w tych przypadkach bowiem możnaby ustalić jaką drogą następuje wtargnięcie zarazków krążących we krwi do układu komorowo-oponowego. Przypadki jednak tego rodzaju zdarzają się nie często. Jeszcze rzadziej mamy sposobność badać je pośmiertnie. Wreszcie badań nie prowadzono dotychczas w odpowiednim kierunku, gdyż myślano przeważnie o zakażeniu opon wprost drogą krwi, o „oponowych przerzutach", a nie o zakażeniu przez sploty. Ten fakt tłumaczy nam poniekąd, dlaczego — pomijając badania nielicznych uczonych, głównie Doptera (1, 2) — strona anatomo-patologiczna badań nad splotami komór mózgowych, mianowicie, o ile chodzi o świeże przypadki gorączki mózgowo-oponowej, opracowana jest dość słabo.

Dopter w swojem dziele p. t. „L'Infection Ménigococcique" i w artykule w Paris Medical (7 Juin 1924), przedstawia rysunki ze zmianami z takich właśnie wczesnych okresów. Zmiany te polegają głównie na obrzęku splotów, silnem rozszerzeniu naczyń krwionośnych i obfitem łuszczeniu się nabłonków. Nagromadzenia komórek ropnych w tkance podścieliskowej Dopter nie obserwował. Zmiany przez niego stwierdzone są, jak widzimy, zmianami zapalnemi, rozlanemi.

Dalsze więc badania w tym kierunku były pożądane tembardziej, że nikt dotąd nie stwierdził histologicznie, jaki jest punkt wyjścia dla zapalenia splotów komór mózgowych. Z góry jednak można było przypuszczać, że są nim zakaźne ogniska przerzutowe w splotach, analogiczne do ognisk spostrzeganych w skórze przy posocznicy meningokokowej.

Przypuszczenie to wypowiedział prof. Lewkowicz (3), w roku 1916, w doniesieniu II., przy sposobności uzasadnienia stosowania dokomorowego surowicy przeciwmeningokokowej. Czytamy tam: „...i z rozważań patogenetycznych wynikałoby też, że ten sposób stosowania surowicy jest jedynie racjonalny. Osobno będę się starał udowodnić że komory stanowią główną siedzibę zakażenia, że sprawa stąd wychodzi i stąd także w dalszym ciągu bywa podtrzymywana i że jej istotę stanowi nieżytowe, zatem nabłonkowe zakażenie komór, w pierwszym rzędzie zakażenie splotów naczyniówkowych".

W doniesieniu VI. z roku 1922, str. 375, wypowiada prof. Lewkowicz znowu przypuszczenie: ....„wystarczy, żeby powstało gdziekolwiek w splotach naczyniowych komór jedno drobne ognisko przerzutowe, podobne do ognisk, jakie widzimy w skórze przy plamicy meningokokowej i żeby ono — o co przy budowie splotów bardzo łatwo — dosięgło warstwy nabłonkowej i doprowadziło do jej zakażenia, a rozwinie się natychmiast ogólne zakażenie komór".

To samo powtarza prof. Lewkowicz w Monatsschrift f. Kinderheilkunde, B. XXV. S. 419, oraz w artykule p. t. Cerebro-spinal Fever" (The Lancet z r. 1924).

Zachęcony do badań w tym kierunku przez dyrektora kliniki, skorzystałem z piorunującego przypadku nagminnego zapalenia opon mózgowych, obserwowanego w klinice dziecięcej Un. Jag.

Przypadek ten dotyczył chłopca trzechletniego Cz. Ł. z Krakowa, przyjętego dn. 5. marca 1925. Choroba zaczęła się u niego nagle wieczorem 4. III. wysoką gorączką. W parę godzin potem utrata przytomności i prężenie ciała. Przy przyjęciu dziecka stwierdzono objawy oponowe lekko zaznaczone, nieprzytomność. Tętno słabo napięte, bladość, sinica warg i kończyn. Wątroba i śledziona niemacalne. Obraz krwi prawidłowy. Mocz bez zmian. W nocy był chłopiec nadal nieprzytomny, rzucał się, zgrzytał zębami. Rano stwierdzono na skórze dość liczne nacieki krwotoczne, w postaci guzków dość twardych, tak na twarzy jak i tułowiu oraz kończynach, wielkości różnej, od rozmiarów pestki wiśni do ziarna prosa, barwy ciemnowiśniowej. W 41 godzin od wybuchu choroby zejście śmiertelne. U chorego jeszcze w domu wykonał prof. Lewkowicz nakłócie lędźwiowe i stwierdził płyn, mętny. Po przyjęciu dziecka wykonano powtórnie nakłócie lędźwiowe, wypuszczono 25 cm^3 mętnego płynu i wstrzyknięto 40 cm^3 surowicy przeciwmeningokokowej, wieloważnej. Dnia następnego przy nakłóciu komorowem stwierdzono zwężenie światła komór. W płynie z przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia i z komór znaleziono liczne dwoinki meningokokowe, dobrze utrzymane. Hodowla na agarze surowiczym obfita. Kultura ze krwi chorego na agarze surowiczym i buljonie ujemna *).

Sekcja jamy czaszkowej wykazała zmiany następujące:

Mózg w całości powiększony, soczysty, przekrwiony; rowki zwężone, zakręty przypłaszczone, rozszerzone. Na podstawie mózgu tak zwane migdałki móżdżku, przyciśnięte do rdzenia przedłużonego, stykają się poza nim; podobnie i półkule móżdżku stykają się częściowo ze sobą. Dolny robak widoczny tylko w tylnej, środkowej części, gdyż w przedniej pokryty jest migdałkami móżdżku. Na tych wtłoczonych częściach mózgu widać też wyraźnie rowek stanowiący niejako odcisk całego brzegu otworu potylicznego wielkiego. Naczynia opon silnie wypełnione krwią ciemnowiśniową. Same opony miękkie, cienkie, gładkie; wzdłuż przebiegu naczyń widać delikatne, smugowate zmętnienie. Komory boczne o świetle ścieśnionem, ściany ich przylegają do siebie. Treść komór skąpa, mętna. Komora III. i IV. wielkości prawidłowej, treść ich mętna. Wyściółka komór bocznych więcej przekrwiona, szarawo-sina. Sploty naczyniowe obrzękłe, ciemnowiśniowe, soczyste.

Celem zbadania histologicznego splotów zatopiłem je nie w parafinie, lecz celoidynie. Postąpiłem tak ze względów praktycznych, gdyż sploty jako organ o budowie bardzo delikatnej, kosmkowatej, kruszą się łatwo w czasie krajania na mikrotomie. Z góry jednak musiałem zrezygnować z zamiaru wykazania meningokoków w splotach, ponieważ barwienie ich w skrawkach celoidynowych nie udaje się. Mogłem jednak przypuszczać, że wszędzie tam, gdzie znajduje się ropa, tam również muszą być meningokoki.

Wynik badania histologicznego był w naszym przypadku bardzo ciekawy. Prócz zmian ogólnych stwierdzonych już dawniej przez Doptera (1, 2), znaleźliśmy zmiany ogniskowe w zrębie łączno-tkankowym splotów.

Zmiany ogólne odnośnie do nabłonka, pokrywającego rozgałęzienia splotów, charakteryzują się wzmożeniem procesu złuszczania się. Gdzieniegdzie bowiem można obserwować, że nabłonek jest jakby kilkuwarstwowy, przyczem jego warstwy zewnętrzne odrywają się od podstawy; jądra komórek nabłonkowych barwią się gorzej, w niektórych wogóle jąder nie widać. Same rozgałęzienia splotów w stanie prawidłowym delikatne i cienkie, wyglądają jakby obrzękłe. Rys. 1 d.). Pomiędzy rozgałęzieniem splotów, a więc w świetle komór widać obfity wysięk złożony z ciałek ropnych, złuszczonych nabłonków i bezpostaciowej, ściętej masy. W niektórych skrawkach wysięk ten przedstawia masę zbitą, złożoną z ciałek ropnych.

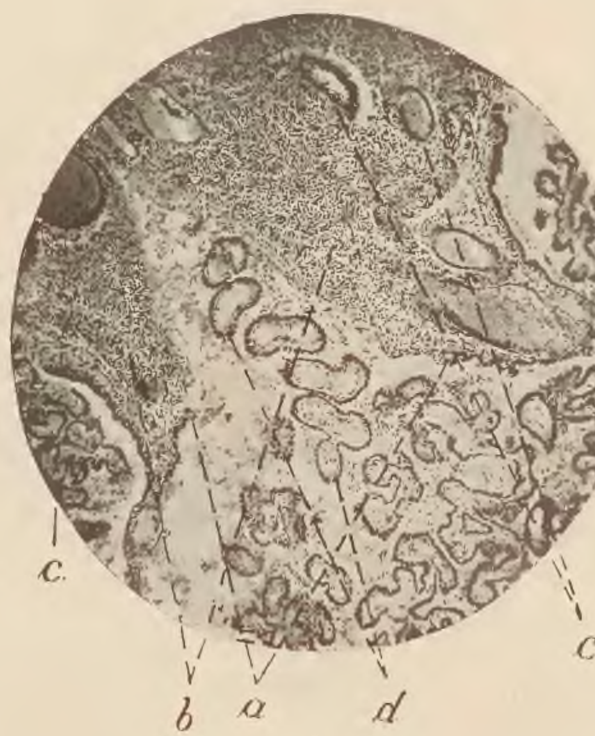


Fig. 1.

a) miejsce, w którem nabłonek pokrywający zmienione zapalnie rozgałęzienie splotu, został przerwany i ognisko ropne (b) komunikuje ze światłem komory.

b) wysięk ropny w splocie,

c) przekroje żył,

d) przekroje rozgałęzień splotów, dotkniętych zmianami ogólnemi zapalnemi (obrzęk, złuszczanie się nabłonka).

(Mikrofotog. Powiększenie 100 razy).

Doniosłe zmiany stwierdzić można w naczyniach krwionośnych tak tętniczych jak i żylnych. W ścianie niektórych tętniczek

*) Przypadek ten będzie z kilku innymi ogłoszony w najbliższem doniesieniu prof. Lewkowicza.

przedewszystkiem w warstwie wewnętrznej i środkowej widać nieliczne ciałka ropne, które dochodzą pojedynczo do warstwy zewnętrznej *(adventitia)*; błona elastyczna warstwy środkowej zmian nie przedstawia. W ścianach żył naciek ropny przedstawia usadowienie odmienne; ciałka ropne widzimy głównie w dużej ilości w warstwie zewnętrznej, mniej obficie zaś w warstwie środkowej i wewnętrznej. Przedstawia to taki obraz jakby żyły były otoczone ściśle pierścieniem wysięku ropnego.

W świetle niektórych naczyń tak żylnych jak i tętniczych znajdują się skrzepiki, obficie nadziane ciałkami ropnemi.

Zastanawiając się nad zmianami w naczyniach należy przyznać zmianom w tętnicach daleko większe znaczenie aniżeli zmianom w ścianie żył. Te ostatnie bowiem można łatwo uznać za zmiany wtórorzędne i odnieść do wsysania wysięku i samych zarazków chorobowych, gdy tymczasem w tętniczkach chodzi prawdopodobnie o zmiany pierwotne, które rozwinęły się na tle ogólnej posocznicy. Zarazki bowiem krążące we krwi mogą uszkodzić ściany tętniczek, doprowadzić w następstwie do sprawy zapalnej w ścianie, wytworzenia się skrzepu i przeniesienia procesu zapalnego poza ścianę tętnicy w obręb zrębu splotu i wreszcie na jego nabłonek.

Zmiany ogniskowe obserwowane przez nas w splotach, polegają jużto na drobnych wybroczynach krwawych w obrębie tkanki łącznej podścieliskowej jużto na zgromadzeniu się wysięku ropnego w postaci ognisk pasmowatych, głównie około naczyń. Ognisk takich widziałem trzy. Jedno z nich (Fig. 1 b i Fig. 2 b i c) największe, wychodzące prawdopodobnie z podstawy splotu łączy się z resztą tegoż zapomocą smukłych u podstawy, później się rozszerzających szypułek, pokrytych do pewnej wysokości nabłonkiem brukowym (Fig. 1 a). Zanotować mogę jeden szczegół ciekawy, że nabłonek, jak wspomniałem u podstawy brukowy, a więc dość niski, przechodzi w pobliżu ogniska w nabłonek nieco wyższy podobny do nabłonka cylindrycznego. Przypuszczam, że zjawisko to możnaby tłumaczyć bodźcem zapalnym.Samo ognisko (Fig. 1 b i Fig. 2 c) składa się głównie z ciałek ropnych, dobrze utrzymanych, w mniejszym stopniu z komórek młodych, łącznotkankowych, podobnych nieco do komórek nabłonkowych, z limfocytów i komórek plazmatycznych. Ognisko to komunikuje ze światłem komory na szerokiej przestrzeni, gdyż w jego zakresie całe utkanie splotu wraz z warstwą nabłonkową jest zupełnie zniszczone, tak, że pozostały z niego tylko naczynia (Fig. 2 d.). Dopiero na obwodzie ogniska można wykazać jego przejście w rozgałęzienie splotu, pokryte nabłonkiem. (Fig. 1 a, Fig. 2 a).



Fig. 2.

a) utrzymany jeszcze nabłonek pokrywający zmienione zapalnie rozgałęzienie splotu obejmującego naciek b),

b) część nacieku ropnego znajdująca się właśnie w tem rozgałęzieniu splotu, z utrzymanym jeszcze nabłonkiem,

c) ognisko ropne rozmieszczone wzdłuż naczyń (d), zatem pochodzące ze zropiałego rozgałęzienia splotu, nie pokryte nabłonkiem, otwierając się zatem szeroko do światła komór.

(Mikrofot. Powiększenie 100 razy).

Wyniki badania histologicznego doskonale potwierdzają zapatrywanie prof. Lewkowicza, że zmiany zapalne w przypadkach nagminnego zapalenia opon usadawiają się pierwotnie w splotach naczyniowych komór, w postaci odosobnionych ognisk przerzutowych, a stąd dopiero proces zapalny przechodzi na opony. Te ogniska przerzutowe, zdaniem prof. Lewkowicza, mogą być bardzo drobne i nieliczne, a wtedy ich wyszukanie może sprawiać duże trudności.

(Zdjęcia mikrofotograficzne wykonano w Instytucie Bakterjologji i Medycyny doświadczanej prof. Nowaka).

W n i o s k i:

1. Największe znaczenie dla badań histologicznych nad patogenezą gorączki mózgowo-oponowej, mają przypadki piorunujące.

2. Badanie histologiczne splotów naczyniowych komór bocznych mózgu w naszym przypadku, potwierdza znakomicie zdanie prof. Lewkowicza, że zmiany w postaci odosobnionych i ograniczonych ognisk zapalnych powstają drogą krwi, że sadowią się one pierwotnie w splotach naczyniowych mózgu, a stąd dopiero zakażenie przechodzi na komory i wtórorzędnie na opony.

Piśmiennictwo:

1) Ch. D o p t e r: L'Infection Méningococcique. Paris 1919. — 2) T e n ż e: Paris Medical (7 Juin 1924). — 3) Prof. Ks. L e w k o w i c z: Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon. Doniesienie II. Przegląd Lekarski. 1917 i Wien. Klin. Wochenschr. 1918. — 4) T e n ż e: Die Epidemische Genickstarre ist ihrem Wesen nach keine Meningitis, sondern Chorioependymitis. Monatschrf. f. Kinderheilk. XXV. B. 1923. — 5) T e n ż e: Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon. Doniesienie VI. (Rozpr. Akademji Nauk Lekarskich) 1922. T. 1. i Archives de Médecine des Enfants. 1924. Nr. 3. — 6) T e n ż e: Cerebro-spinal Fever. The Lancet p. 487. 1924.

WYKŁAD KLINICZNY.

Prof. Dr. Aleksander ROSNER. Kraków.

Z dziedziny wątpliwości i pomyłek na pograniczu rozpoznawczem ginekologji.

Wykład wygłoszony dnia 24. III. w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem z okazji kursu dopełniającego dla lekarzy.

Dokończenie.

III.

Na drugi wielki dział składa się ośm grup chorobowych, w których nie zdołano w poszczególnych przypadkach uniknąć pomyłki rozpoznawczej. Są to grupy od XIII do XX.

Grupa XIII. obejmuje przypadki przepuklin. Pomijam liczne przypadki przepuklin w b l i ż n i e p o l a p a r a t o m i j n e j (20), które, mimo iż nie należą do ginekologji, były u nas operowane. Były to naturalnie tylko te kobiety, u których w klinice wykonano laparotomię lub nacięcie ropnia okołomacicznego. Tym nie odmawialiśmy przyjęcia, wychodząc z założenia, że zabieg radykalny w tych przypadkach jest zakończeniem leczenia u nas rozpoczętego. Te przypadki nie przedstawiały zresztą żadnych wątpliwości rozpoznawczych.

Inaczej ma się rzecz z czysto chirurgicznem cierpieniem t. j. przepuklinami pachwinowemi (21). i udowemi (22). Liczne takie chore zgłaszały się do naszego ambulatorjum, skąd wysyłaliśmy je do kliniki chirurgicznej. Dwie atoli dostały się do kliniki stałej. U jednej podejrzewaliśmy *hydrokece muliebris* co po dokładnem badaniu wykluczono, u drugiej przyjęto błędnie *„adeno-myoma ligam. teretis“*.

Okazało się że guzem była sieć, zapalnie zmieniona i do worka przepuklinowego przyrosła.

Pomyłkę stwierdzono podczas zabiegu. Nie wiem czy w przyszłości będziemy w stanie ustrzec się przed takim błędem. Przy stwierdzonym oporze w kanale pachwinowym lub przed jego pierścieniem zewnętrznym wykluczymy te dwa powyżej przytoczone cierpienia ginekologiczne albo wtenczas, kiedy uda się nam odprowadzić guzek do jamy brzusznej, albo jeśli będziemy w możności napewne istotę oporu oznaczyć, a więc rozpoznać sieć lub jelito.

Guzek nie dający się wsunąć z powrotem, a przytem twardy, gładki, nie będący na pewne jelitem, a niczem nie przypominający sieci rozpoznamy zapewne jako nowotwór więzadła obłego. Nie uchroni nas od tego błędu podana w wywiadach bolesność, gdyż nowotwory więzadła obłego w pobliżu *anulus inguinalis ext.* wywołują silne bole przez ucisk na nerw nasienny zewnętrzny.

Błąd nasz był jednak jeszcze gorszy, gdyż operacja wykazała, że chodziło tu o przepuklinę udową. Rzecz jasna, że w tych

kierunkach badano dokładnie, gdyż wymienione dwa cierpienia ginekologiczne rozgrywają się w kanale pochwinowym lub przed nim stwierdzenie więc udowej siedziby przepukliny oba te cierpienia wyklucza. Wiadomo, że najważniejszym faktem w tem rozpoznaniu różniczkowem jest wykazanie, czy przepuklina leży ponad czy popod więzem Pouparta. Przy daleko posuniętym zaniku tego więzu, przy wielkiej otyłości, wreszcie w tych rzadkich przypadkach, w których przepuklina udowa skierowuje się ku górze i przykrywa wiąz Pouparta, rozpoznanie może być bardzo trudne. Tak przedstawia rzecz chirurgja Wullsteina i Küttnera, na którą się tu powołuję. Nie przeczę, że w pomyłce odegrał rolę nasz brak doświadczenia i sądzę, że biegły chirurg mimo szczególnych trudności rozpoznawczych byłby zapewne tej pomyłki nie popełnił.

W uzupełnieniu tego ustępu podam, że w praktyce prywatnej operowałem *adeno myoma ligam. teretis* leżące mniejwięcej w połowie długości kanału pachwinowego, mające wielkość grochu i wywołujące silne bole neuralgiczne; w klinice zaś operowaliśmy przypadek wielkiej przepukliny pachwinowej prawej, której treścią była macica i przydatki prawe. Przypadek ten opisał Pogonowski.

W grupie XIV. pomieściłem grupy pozaotrzewne. W dwóch przypadkach rozpoznano trafnie raz ropień pozaotrzewny (23) raz guzy utworzone przez gruczoły krezkowe (24). W dwóch innych popełniliśmy błąd rozpoznawczy. W jednym rozpoznaliśmy torbielaka prawego jajnika unieruchomionego przez zrosty, okazało się zaś, że był to nowotwór mięszany (25) *myxofibro-endothelioma*, leżący poza otrzewną, w pobliżu stawu krzyżowo-biodrowego na wysokości linji bezimiennej. Guz był lity ale miękki i okazywał rzekome chełbotanie. Trudno stwierdzić punkt jego wyjścia, dużo jednak przemawia za tem, że wyszedł on z płodowych pozostałości ciała lub przewodu Wolffa. Jest to drugi przypadek tego rodzaju operowany przezemnie, pierwszy operowałem w praktyce prywatnej u ciężarnej w IV. m. rozpoznawszy błędnie guz jajnikowy. Operacje nie przedstawiały szczególnych trudności; w obu jednak przypadkach moczowód przylegał ściśle do guza, co czyni prawdopodobnem przyjęcie, że guzy wyszły z pozostałości Wolff'owskich.

Drugą pomyłkę popełniliśmy u chorej z tłuszczakiem pozaotrzewnym (26) wielkości głowy męskiej, leżącym częściowo między blaszkami *mesosigmoideum*. Przyjęliśmy mięśniaka uszypułowanego, podsurowiczego lub włókniaka jajnika. Operacja nie przedstawiała trudności.

Obu tych pomyłek rozpoznawczych nie dało się zdaniem mojem uniknąć. Wogóle rozpoznanie pozaotrzewnego guza jest tylko wtenczas możliwe, jeśli stwierdzi się jelita przed nim i wykaże, że one nie są tam przyrośnięte. Otóż w pierwszym przypadku guz leżał tak nisko, że żadne jelito nie mogło się znajdować na nim, w drugim rozmiary guza, były tak wielkie, że dokładne wybadanie topografji esicy było niemożliwe, tem bardziej, że chora była bardzo otyła. Z guzów pozaotrzewnowych, jedynie nerkowe rozpoznaje się łatwo, a to jak powiedziałem nie dzięki położeniu jelita na guzie tylko dlatego, że się czuje opór w okolicy lędźwiowej i, że co najważniejsze można użyć tak ważnego pomocniczego sposobu badania jak cystoskopji.

Grupa XV. obejmuje przypadki promienicy (27). Było tych przypadków trzy; w żadnym nie rozpoznaliśmy choroby przed operacją. W pierwszym przypadku rozpoznaliśmy guz ropny jajowodu i ropień w otrzewnej. Okazało się, że to promienica wychodząca z wyrostka robaczkowego, który uległ zniszczeniu, i zajmująca dużą przestrzeń w jamie brzusznej, przyczem chorobą zajęte były jajowody, jajniki i macica. Powłoki brzuszne były też promieniczo naciekłe. W drugim przypadku sądziliśmy, że chodzi o sprawy zapalne w przydatkach lewych, znaleźliśmy zaś promienicę jelita cienkiego, ropień w otrzewnie i w powłokach. U trzeciej chorej wreszcie przypuszczaliśmy ropień w przymaciczu prawem przebijający przez powłoki, stwierdziliśmy zaś w tych powłokach naciek promieniczy z licznemi ropniami i kanałami ropnemi.

Od 10 lat nie widzieliśmy żadnego przypadku promienicy, a mamy nadzieję, że pouczeni niepowodzeniem rozpoznawczem w powyższych trzech przypadkach, nie pomylimy się poraz czwarty. Powolny rozwój choroby bez wysokich gorączek, deskowato twardy naciek, małe lub żadne objawy ze strony otrzewnej ,naciek w powłokach brzusznych obok guza w jamie brzusznej i to naciek płaski, jednostajny, twardy, lub w kilku naraz miejscach rozmiękający, oto cechy tego cierpienia. Na jeden szczególnie objaw chcę położyć nacisk t. j. na zajęcie powłok. O ile w ropnem zapaleniu przymacicza taki naciek istnieć może i to w bezpośrednim sąsiedztwie więzu pouparta o tyle kombinacje ropnych guzów przydatkowych, a więc śródotrzewnowych z nacieczeniem zapalnem powłok albo nie istnieje wcale, albo należy do większych wyjątków. Ja sam nie spostrzegałem tego nigdy. Tak więc w przyszłości o ile stwierdzimy opór niewątpliwie śródotrzewnowo leżący w dolnej części jamy brzusznej, a obok tego naciek w powłokach brzusznych, szczególnie jeśli ten naciek nie będzie przylegał dokładnie do więzu Pouparta nie zawahamy się rozpoznać promienicę. W naszych trzech przypadkach naciek ten istniał i jak wnoszę z piśmiennictwa w późnych okresach choroby nie brak go nigdy.

Rzecz jasna, że w okresie jeszcze późniejszym, w którym ropnie są już otwarte na zewnątrz i można znaleść przetoki, rozpoznanie będzie pewne, gdyż żadne ropienie przymaciczne ,przebijające przez powłoki nie przedstawia takich licznych, drobnych ropni i takich przewodów. Zresztą w wypływającej ropie znajdzie się wtedy grudki grzyba promieniczego.

Grupę XVI. stanowią guzy sieci i otrzewnej.

Było ich bardzo dużo bo aż 18, z tego 15 przypadków *carcinomatosis omenti et peritonei* (28), dla którego to cierpienia nie znaleziono punktu wyjścia w narządach płciowych. W znacznej większości przypadków badanie drobnowidowe wyciętych kawałków wykazywało budowę *adeno-carcinoma*. Wszystkie przypadki powikłane były nagromadzeniem się wielkiej ilości wolnego płynu, często krwawo zabarwionego. Punktu wyjścia tego zapewne wtórnego rozsiania się raka nie znaleziono ani razu, ale też po stwierdzeniu stanu raczej go nie szukano. Nie można też ściśle biorąc mówić o pomyłce rozpoznawczej, gdyż w wielu przypadkach rozpoznano rozsianie się nowotworu i wolny płyn, nie wiedziano tylko, czy punktem wyjścia są jajniki, a istotą nowotworu *kystoma papilliferum*. Wielka ilość wolnego płynu uniemożliwiała rozpoznanie; obwód brzucha w przeważnej ilości przypadków dochodził do 100 cm., a w jednym przeniósł nawet 141 ctm. Że w tych warunkach oburęczne obmacanie narządów rodnych było wysoce utrudnione, jest rzeczą jasną. Można było zapewne wykonać nakłucie i wypuścić płyn, ale tego nie robiliśmy nigdy sądząc, że próbne otwarcie jamy brzusznej nie jest zabiegiem cięższym, a dla rozpoznania nieporównanie więcej wartościowym. Operacja więc w tych 15-tu przypadkach musi być uważana za dodatkowy sposób badania, a nie za dowód błędu rozpoznawczego.

Poza temi 15-tu przypadkami, w których narządy rodne okazały się zdrowemi, był szereg chorych u których to próbne otwarcie jamy brzusznej pozwoliło stwierdzić chorobę ginekologiczną, przeważnie nowotwór złośliwy jajników lub też torbielaka brodawczakowatego. Wiadomo, że ten guz może też rozsiać się po otrzewnie i wytworzyć wielką ilość płynu wolnego, a jednak nie jest złośliwym. Po usunięciu guzów jajników macierzystych można taką chorą całkowicie uleczyć. Ta nadzieja przyświecała nam we wszystkich 15-tu przypadkach *carcinomatosis peritonei*. Pozatem widzieliśmy trzy guzy sieci i popełniliśmy trzy błędy rozpoznawcze. W jednym przypadku rozpoznaliśmy wielokomórkowy guz jajnika znaleźliśmy zaś *limphangioma cisticum omenti* (29). U drugiej chorej ciężarnej w 6-ym mieś., u której wystąpił atak gwałtownego bolu w brzuchu z objawami zapadu, wybadano guz ponad dnem macicy i przypuszczano skręt szypuły guza jajnikowego, stwierdzono zaś podczas operacji guz sieci z licznemi ogniskami martwiczemi tłuszczu (30). U trzeciej wreszcie chorej, która u nas przebyła poród i zgoła bezgorączkowy połóg, i która już w domu w trzecim tygodniu po porodzie ciężko zachorowała wśród wysokiej gorączki, znaleźliśmy spory guz w górnej części brzucha po stronie lewej nieruchomy, bardzo bolesny. Przypuszczaliśmy głęboki ropień w powłokach, znaleźliśmy zaś guz ropny sieci (31), przyklejony do powłok. Ropień otwarto.

Drugi i trzeci przypadek są dla nas etjologicznie niezrozumiałe. W drugim obraz sieci z licznemi nekrozami tłuszczu przemawia za martwicą trzustki; chora jednak po usunięciu guza szybko powróciła do zdrowia i urodziła na czasie, co nieodpowiada ostrej *necrosis pencreatis*. Dodać winieniem, że chora nie była przedtem operowana, nie można więc myśleć o guzie sieci zapalnym, jaki się niekiedy wytwarza po usunięciu tego narządu. W drugim przypadku odosobniony ostry ropień sieci u położnicy, która w pierwszych dwóch tygodniach po porodzie nie gorączkowała jest też trudny do wytłumaczenia. Po otwarciu ropnia, powraca ona do zdrowia.

Pomyłki rozpoznawcze są w tych trzech przypadkach usprawiedliwione. *Lymphagioma cysticum omenti* ze wszech miar przypominało guz jajnika, guz z martwicą tłuszczową sieci istniał u ciężarnej w VI-tym mś., co bardzo utrudniało dokładne badanie, a ropień sieci był wprost nie do przypuszczenia. Te pomyłki nie ciężą nam więc bardzo na sumieniu.

O gruźlicy otrzewnej suchej i połączonej z wysiękiem nie wspominam tu wcale, choć mieliśmy szereg przypadków, w których rozpoznawszy gruźlicę jajowodów i otrzewnej, stwierdziliśmy

tylko sprawę w otrzewnie. Nie były to w ścislem tego słowa znaczeniu błędy rozpoznawcze.

Grupa XVII. obejmuje trzy przypadki guzów śledziony. W dwóch chodziło o ogromne powiększenie śledziony z powodu białaczki (32), skierowane do naszej kliniki jako guzy maciczne. W obu przypadkach śledziona sięgała do miednicy małej. Rozpoznanie z pomocą badania krwi, nie przedstawiało żadnej trudności. W trzecim przypadku nie uchroniliśmy się jednak od pomyłki. Chodziło o chorą ze śledzioną wędrującą (33). Przedstawiała się ona jako duży twardy guz przylegający do przydatków prawych, leżała więc po stronie prawej tuż nad miednicą małą.

Długo wahaliśmy się z rozpoznaniem, gdyż obraz był niezwykły, i nie odpowiadał guzom ginekologicznym. Nie myśleliśmy jednak o śledzionie i dlatego nie opukiwaliśmy dokładnie jej okolicy, co byłoby może wyjaśniło sprawę. Śledzionę tę której szypuła była skręcona, a miąższ uległy martwicy usunęliśmy bez żadnej szkody dla ustroju.

Przechodzę do grupy XVIII. obejmującej przypadki wątrobowe. Było ich w naszej stałej klinice 11, z tych 5 marskości wątroby (34), cztery guzy woreczka żółciowego (*hydrops cystidis felleae*) (35) i dwa raki wątroby (36). Chore z marskością wątroby zgłaszały się do nas z powodu powiększenia brzucha, wywołanego gromadzeniem się wolnego płynu. W jednym przypadku popełniliśmy błąd rozpoznawczy. Chodziło tu o 12-letnią dziewczynkę, z olbrzymio powiększonym brzuchem (obwód 110 ctm), u której żadną miarą nie można było stwierdzić, czy płyn, okazujący bardzo wybitne chełbotanie, leży wolno w jamie brzusznej, czy też objęty jest cienkiemi ścianami olbrzymiej torbieli jajnikowej. Przyjęliśmy to ostatnie przypuszczenie; okazało się ono błędnem, gdyż płyn był wolny, a wątroba marska. Wiadomo, że *ascites* łatwo jest rozpoznać, jeśli ilość płynu jest średnia. Przy bardzo małej lub przy olbrzymiej ilości płynu rozpoznanie natrafia na wielkie trudności.

W czterech przypadkach *hydrops cystidis felleae* nie popełniliśmy błędu rozpoznawczego. W jednym przypadku lekarz przysłał chorą rozpoznawszy guz jajnikowy. Wątroba była u tej chorej znacznie obniżona, tak, że gu zworeczka leżał tuż nad wchodem miednicy. Inny przypadek był operowany u nas przez chirurga w czasie wojennym, kiedy klinika chirurgiczna była dla kobiet zamknięta.

We wszystkich przypadkach można było stwierdzić, że dolna granica guza jest bardzo wyraźna, górna natomiast ginie pod wątrobą, że guz przy wdechu wyraźnie się obniża, i, że z narządami rodnemi nie ma żadnego związku. Zawiodły natomiast wywiady, w których nie było wzmianki o napadach bolu ani o rozpromienieniu się jego ku łopatce.

Raka wątroby widzieliśmy dwa razy i oba razy pomyliliśmy się w rozpoznaniu. Przyczyną pomyłki w jednym z przypadków był fakt, że wątroba leżała dolnym brzegiem bardzo nisko, a nowotwór zrośnięty z siecią opierał się o wchód do miednicy. Jajników u chorej 63-letniej nie można było wybadać. Przyjęto złośliwy nowotwór jajnika.

Tak więc w 11 przypadkach chorób wątroby pomyliliśmy się 3 razy, raz u dziecka z *cirrhosis hepatis* a dwa razy u chorych z rakiem wątroby. O ile w tym pierwszym przypadku błąd był nie unikniony, o tyle dwa ostatnie przedstawiały tylko trudności rozpoznawcze. Być może, że biegły chirurg byłby tu doszedł do prawdy.

Grupa XIX obejmuje guzy nowotworowe jelit. Przypadków tych widzieliśmy w klinice stałej siedem, z tego w trzech popełniliśmy błąd rozpoznawczy. W jednym rozpoznaliśmy guz jajnikowy u kobiety liczącej 21 lat, stwierdziliśmy zaś duży, złośliwy nowotwór kiszki zstępującej (37). U drugiej u której przypuszczaliśmy guz maciczny, był rak esicy (38) zrośnięty z otoczeniem, u trzeciej wreszcie, którą obserwowaliśmy aż do śmierci przez 3 miesiące, dopiero rozbiór zwłok wykazał błąd rozpoznawczy. Chodziło tu o 43 letnią kobietę, u której stwierdziliśmy badaniem *per vaginam* i *per rectum* dużą ropną wypocinę w jamie Druglasa i guz wielkości pięści leżący na prawo i będący w związku z tą wypociną. Ciepłota dochodziła wieczorami do 40°, leukocytoza była powyżej 20.000 a stan chorej tak ciężki, że nie zdecydowaliśmy się na zabieg. Wśród obserwacji stwierdziliśmy wypływ bardzo cuchnącej ropy przez odbytnicę a 'dopiero pod koniec życia krwawienie z kiszki. Przeprowadzone raz jeszcze badanie *per rectum* nie wykryło nic podejrzanego. Dopiero rozbiór zwłok wykazał, że chodziło tu o wysoko leżącego raka odbytnicy (39), który przebił do jamy otrzewnej, wywołał w niej ograniczone ropne zapalenie i ropne guzy jajowodów. Dla palca badającego *per rectum* nowotwór był niedosiągalny. Istnienie niewątpliwych zmian chorobowych ginekologicznych, tłumaczących wszystkie objawy, było przyczyną pomyłki rozpoznawczej.

Na szczególne uwględnienie zasługuje fakt, że ani w tym prypadku ani w obu poprzednio wspomnianych, nie było wyraźnych objawów zwężenia światła jelita a więc przewlekłej niedrożności. Ten brak utrudnił ropoznanie. Winę błędu rozpoznawczego w przypadku raka odbytnicy przypisać należy faktowi, że nie wyczerpaliśmy sposobów badania, a mianowicie nie zastosowaliśmy prektoskopji ani prześwietlenia roentgenicznego. Na koniec pozostawiłem grupę XX największą i obfitującą w liczne wątpliwości i nierzadkie błędy rozpoznawcze. Chodzi tu o *appendicitis* (40). Przypadków zapalenia wyrostka, widzieliśmy w stałej klinice 23 (w ambulatorjum znacznie więcej). Z tych 23 przyjętych do kliniki operowano u nas 18, odesłano na chirurgję 5. Nie należy jednak przypuszczać, żebyśmy mieli na sumieniu aż 18 błędów rozpoznawczych. U sześciu z tych 18 chorych wiedzieliśmy napewne, że chodzi o *appendicitis*, a przecież operowano je u nas. U tych trzech, atak był świeży i ciężki, wymagający doraźnego zabiegu. Baliśmy się przewozić je na chirurgję; jedna z tych trzech była zresztą kilka dni po operacji ginekologicznej.

Trzy inne były w ciąży; z nich u jednej była *appendicitis gangraenosa* w 4 mś., ciąży, u drugiej operowano na zimno w 3 mś, trzecia w 5 mies. ciąży miała zgorzel wyrostka, kamień kałowy w wolnej jamie brzusznej i rozlane ogólne zapalenie otrzewnej z dużą ilością ropno-włóknikowej wypociny. Wszystkie trzy zniosły zabieg doskonale, i donosiły ciążę, nawet ta trzecia, którą uważaliśmy za straconą. U pierwszej wykonałem zabieg operacyjny, drugą operował prof. Rutkowski, trzecią Doc. Glatzel.

Pozostaje 12 przypadków operowanych. Z tych cztery poszły na stół operacyjny bez ścisłego rozpoznania, gdyż u żadnej nie można było wykluczyć zapalenia wyrostka, z drugiej zaś strony niektóre szczegóły przemawiały za cierpieniem ginekologicznem. U dwóch też istotnie stwierdzono obok podstawowej choroby w wyrostku pewne zmiany w narządach płciowych a mianowicie u jednej znaczne powiększenie jajnika wskutek drobnotorbielkowego zwyrodnienia, u drugiej obustronne zapalne zajęcie jajowodów.

Pozostaje więc osiem operowanych, u których popełniliśmy błąd rozpoznawczy. Są to następujące przypadki: 1) rozpoznano obumarły i zropiały guz maciczny — znaleziono *appendicitis gangraenosa* i ropnie w otrzewnej, między innemi w jamie Douglasa, oraz silnie bardzo rozległe zrosty, 2) u chorej, u której przed pewnym czasem wypuszczono wolny płyn z jamy brzusznej po nakłuciu, wykonanem poza kliniką — rozpoznano suchą gruźlicę otrzewnej ze zlepami kiszek, stwierdzono zaś liczne zlepy i zrosty i ropień dookoła wyrostka. 3) Przyjęto ropny guz jajowodu lub jajnika, znaleziono ropień kałowy i stare zmiany zapalne w przydatkach. 4) Rozpoznano ropne guzy jajowodów, znaleziono zapalenie wyrostka, ropień w jamie Douglasa i zgodnie z rozpoznaniem ropne guzy jajowodów. 5) Rozpoznano ropny guz jajowodu, stwierdzono przedziurawienie wyrostka, ropień dokoła niego i ropny guz prawego jajowodu. 6) Przystąpiono do operacji z rozpoznaniem ropnego guza przydatków prawych, znaleziono zaś spory guz utworzony przez zlepione i zrośnięte razem: sieć, jelita i przydatki maciczne prawe. 7) Rozpoznano ropne zapalenie prawego przymacicza, stwierdzono zaś ropne nacieczenie tkanki łącznej wychodzące z zapalenia zmienionego wyrostka. 8) Przystąpiono do zabiegu rozpoznawszy torbiel jajnika prawego lub *hydrosalpings dextra*, znaleziono zaś guz wypełniony płynem, ruchomy, który okazał się wyrostkiem robaczkowym, zamienionym w t. zw. *hydrops appendicis*.

Oto osiem błędów rozpoznawczych. Jak je usprawiedliwić? Tych osiem błędów znajduje usprawiedliwienie w pięciu okolicznościach.

a) Usadowienie ropnia wyrostkowego w jamie Douglasa, a więc bardzo nisko i nie na prawo (przyp. 1), b) wypuszczenie płynu przez nakłucie przed przyjęciem chorej do kliniki wskazywało na gruźlicę otrzewnej, przeto zlepy kiszkowe tworzące guz, uznano za gruźlicze (przyp. 2), c) udział przydatków prawych lub obustronnych, dający się badaniem ginekologicznem stwierdzić, i tłumaczących obraz chorobowy (przyp. 3, 4, 5, 6), d) usadowienie ropnia w tkance łącznej parametrytycznej co też istotnie stwierdzono, kazało myśleć o zapaleniu przymacicza ginekologicznem (przyp. 7), e) wyraźnie chełbocący, torbielowaty guz leżący w okolicy przydatków prawych nie nasuwał podejrzenia cierpienia wyrostka (przyp. 8). Najczęstszą więc, jak z tego zestawienia widzimy, przyczyną błędów rozpoznawczych było wymacanie guza lub guzów zapalnych w jajowodach. Jeśli zestawimy razem przypadki wątpliwości i pomyłek rozpoznawczych w ilości 12 to w 50% (6 przypadków) ta okoliczność wprowadziła nas w błąd.

Po niej idzie niskie usadowienie ropnia wyrostkowego w linji środkowej ciała t. j. na dnie jamy Douglasa (2 przypadki).

Uderza przytem jeden szczegół. W żadnym ze świeżych ostrych przypadków nie popełniliśmy błędu w rozpoznaniu. Ochroniło nas przed tem stwierdzenie klasycznych objawów ostrego napadu t. j. nagły początek, ból w miejscu Mac Burney'a obrona mięśniowa, objaw Rovsinga i objawy zadrażnienia otrzewnej z żywym udziałem przewodu pokarmowego, a więc nudnościami, wymiotami, oraz zatrzymanie gazów i stolca. Tych objawów razem sprężonych nie widujemy w ostrych sprawach ginekologicznych, ale nie stwierdzaliśmy ich także w onych ośmiu przypadkach błędnie rozpoznanych. Nie wspominano też o nich w wywiadach, podkreślano natomiast wpływ miesiączki, poronienia lub porodu na powstanie zapalnych objawów. Bez należytych wywiadów, bez objawów klasycznych wskazujących na wyrostek, jako siedzibę choroby, a u 50% chorych ze stwierdzeniem anatomo-patologicznych zmian w narządach płciowych, byliśmy narażeni na błąd rozpoznawczy.

VI.

Chcąc z tego bezładnego zestawienia wyciągnąć jakieś wnioski, musimy zadać sobie kilka pytań i starać się na nie odpowiedzieć. Pytania te muszą mieć takie brzmienie: 1) Jakie to były choroby nieginekologiczne, których nie rozpoznaliśmy, w których więc popełniliśmy błąd rozpoznawczy?

2) Jakie choroby ginekologiczne rozpoznaliśmy tam, gdzie ich nie było, lub gdzie nie były głównym czynnikiem chorobowym?

3) W których przypadkach błąd był nieunikniony i dlaczego?

4) W których przypadkach można było uniknąć pomyłki rozpoznawczej i w czem leży wina tego, że jej nie uniknięto?

5) Jaki jest ostateczny wynik tych rozważań?

Na pytanie pierwsze: jakie to były choroby nieginekologiczne w których popełniono błąd rozpoznawczy odpowiedź brzmi jak następuje:

a) 1 przypadek *epiplokele femoralis accreta* (grupa XIII. chor. 22).

b) 1 przypadek *endothelioma retroperitoneale* (grupa XIV, chor. 25).

c) 1 przypadek *lipoma retroperitoneale* (grupa XIV, chor. 26).

d) 3 przypadki *actinomyosis abdom.* (grupa XV. chor. 27).

e) 1 przypadek *lymphangioma cisticum omenti* (grupa XVI, chor. 29).

f) 1 przypadek *epiploitis cum necrosi* (grupa XVI. chor. 30).

g) 1 przypadek *abscessus omenti* (grupa XV, chor. 31).

h) 1 przypadek *lien migrans* (grupa XVII. chor. 33).

i) 1 przypadek *cirrhosis hepatis* (grupa XVIII, chor. 34).

j) 2 przypadki *carcinoma hepatis* (grupa XVIII, chor. 36).

k) 1 przypadek *carcinoma coli descendentis* (grupa XIX. chor. 37).

l) 1 przypadek *carcinoma S romani* (grupa XIX, chor. 38).

m) 1 przypadek *carcinoma recti* (grupa XIX, chor. 39).

n) 8 przypadków *appendicitis* (grupa XX, chor. 40).

Razem więc 24 przypadki błędnie rozpoznane, co stanowi na ogólną liczbę 7.810 chorych stałej kliniki 0'30% a na 170 chorych nieginekologicznych leczonych w klinice stałej — 14%. Wynika z tego, że jednak w 86% albo wiedzieliśmy *a priori*, że przypadek nie jest ginekologiczny (n. p. *osteomalacia, appendicitis in gravida* etc.) albo mieliśmy wątpliwości rozpoznawcze.

W zestawieniu powyższem uderza ilość chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego. One same stanowią jedną trzecią błędnych rozpoznań. Nie ulega więc wątpliwości, że ze wszystkich nieginekologicznych chorób *appendicitis* mieści w sobie najwięcej momentów prowadzących rozpoznanie ginekologa na bezdroża. Uderza dalej duża stosunkowo ilość przypadków, należących do białych kruków, a w każdym razie do cierpień bardzo rzadkich. Widzę ich w tem zestawieniu dziewięć (a więc przeszło 37%). Zaliczam do nich przypadki pod b, c, d, e, f, g, h, a mógłbym dodać do nich *hydrops appendicis*, a wtenczas liczba odsetkowa doszłaby do 41%.

W każdym razie liczba zapaleń wyrostka i tych białych kruków razem wzięta wynosi 70% błędów. Pozostaje na inne chore zaledwie 30%. Dlaczego tak jest, wyjaśnimy w odpowiedzi na pytanie 3 i 4.

2) Pytanie drugie brzmi: jakie choroby ginekologiczne rozpoznaliśmy błędnie? Oto ich zestawienie:

a) guzy jajnika łagodne i bez skrętu szypuły 5 razy,

b) guzy jajnika rakowe 3 razy,

c) guz jajnika ze skrętem szypuły 1 raz,

d) mięśniak podsurowiczy 3 razy,

e) ropny guz jajowodu 7 razy,

f) zapalenie przymacicza 2 razy,

g) mięśniak gruczołowy więzu obłego 1 raz,

h) ropień w powłokach po porodzie (krwiak zropiały) 1 raz,

i) gruźlica otrzewnej sucha 1 raz.

Razem znowu 24 rozpoznań błędnych. W tej liczbie guzy ginekologiczne nowotworowe i zapalne reprezentowane są silnie. Jest ich 20.

Za guzy jajnikowe łagodne wzięliśmy po jednym przypadku: *endothelioma retroperitonale, lymphangioma cysticum omenti, ascites* przy *cirrhosis hepatis, carcinoma coli descendentis* u chorej liczącej 21 lat i *hydrops appendicis*.

Za raki jajników uważaliśmy błędnie dwa przypadki raka wątroby, i jeden przypadek raka esicy.

Guz zapalny sieci u ciężarnej wzięliśmy za guz jajnikowy ze skręconą szypułą.

Mięśniaka podsurowiczego rozpoznaliśmy tam, gdzie był tłuszczak podotrzewny i śledziony wędrujące, a o mięśniaku zropiałym myśleliśmy w jednym przypadku zapalenia ropnego wyrostka robaczkowego.

Najczęściej błędnie przypuszczaliśmy istnienie ropnego guza jajowodu bo aż 7 razy, z tego 4 razy przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, dwa razy przy promienicy a raz w raku odbytnicy.

O zapaleniu przymacicza myśleliśmy raz w przypadku promienicy, raz przy *appendicitis*.

Pytanie trzecie brzmi: w których przypadkach błąd był nieunikniony i dlaczego?

Otóż odpowiadając na to pytanie, pragnę być przedmiotowym, nie zapominając o tem, że w pytaniu samem jest podmiotowość, mówiąc bowiem „nieunikniony" mam na myśli „dla mnie".

Poprostu zastanawiam się nad tem, w których przypadkach niemam sobie nic do zarzucenia *puncto* ścisłości rozpoznawczej, a co zatem idzie, w których, gdy się w identyczny sposób powtórzyły, nie obiecuję poprawy.

Takich przypadków jest 14, co stanowi 58% pomyłek. Tu należą oba guzy pozaotrzewnowe (*endothelioma* i *lipoma*), trzy guzy sieci marskość wątroby u dziecka, rak wątroby obniżonej i siedem przypadków *appendicitis*. Dlaczego błąd był nieunikniony? Otóż raz dlatego, że w szeregu tych przypadków (mam na myśli *appendicitis*) były istotnie wtórne cierpienia narządów płciowych, dobrze rozpoznane i tłumaczące obraz choroby, powtóre, z tej przyczyny, (a tu myślę o 7 innych przypadkach), że po wyczerpaniu wszelkich sposobów badania i po zestawieniu wszystkich premis logiczne myślenie diagnosty prowadziło do błędnego rozpoznania. Bynajmniej nie zawsze najlepiej zbudowanem jest to rozpoznanie, które się okazuje słusznem. Zapewne mógłby ktoś zarzucić, że rozpoznawanie nie jest wyłącznie czynnością korową, świadomą i że nie małą w niem rolę odgrywa intuicja, a więc proces myślowy podkorowy, rozgrywający się w nagromadzonych pokładach doświadczenia. Zdanie to niewątpliwie jest słuszne, ale zaprzeczyć też nie można, że i w tej podświadomości doświadczonego diagnosty te same zasady logiki odgrywają rolę decydującą, które rządzą myślą świadomą. Mogą więc i w tych głębokościach doprowadzić do logicznego, ale niemniej błędnego rozpoznania.

A teraz parę słów odpowiedzi na czwarte pytanie: W których przypadkach można było uniknąć pomyłki rozpoznawczej? Brzmi w tem pytaniu nuta *„peccavi"*. Dziesięć było takich przypadków, które źle rozpoznano, a w których można było zapewne dojść do diagnozy dobrej. Dziesięć przypadków t. zn. niespełna 0'13% z liczby chorych stałych, a niespełna 6% z liczby 170 chorych nieginekologicznych. Tu należą: w grupie XIII przepuklina udowa, w grupie XV trzy przyp. promienicy, w grupie XVII śledziona wędrująca, w XVIII jeden przypadek raka wątroby, w XIX wszystkie trzy przypadki raka kiszki grubej a w XX jeden przypadek ropnia wyrostkowego.

Dwie były przyczyny zasadnicze, które tu odgrywały rolę. Naprzód brak doświadczenia własnego i zaniechanie poradzenia się kolegi doświadczeńszego. To tłumaczy błąd w rozpoznaniu przepukliny, trzech przypadków promienicy i jednego raka wątroby. Przypuszczam, że doświadczony chirurg byłby tu doszedł do słusznego rozpoznania.

Druga przyczyna, w której więcej jest winy niż w pierwszej, to niewyczerpanie sposobów badania. To odegrało rolę w przypadku śledziony wędrującej, gdyż zaniechano, oznaczyć stłumienie śledziony. To też stało się przyczyną pomyłek we wszystkich trzech przypadkach raka kiszki grubej, gdyż tu nie zastosowano badania roentgenicznego, badania kału i recto-romanoskopji. To samo uczucie spowodowało pomyłkę w tym przypadku ropnia wyrostkowego, w którym podejrzewaliśmy suchą, zlepną gruźlicę otrzewnej. Badanie leukocytozy, któregośmy nie zrobili zaważyło tu fatalnie na szali.

W rozdziale II zestawiłem w XII grupach wątpliwości rozpoznawcze i wspominałem o tem, że w wielu przypadkach lekarz skierowywał chorą pod błędnym adresem. Robiłem tym lekarzom zarzut, że nie badali dokładnie, że nie oglądali kręgosłupa tam, gdzie była *spondylitis*, ani nie badali *per rectum* chorych z *paraproctitis*, ani nie szukali ruchomości kości w spojeniu łonowem w przypadkach jego rozerwania. Teraz po zestawieniu własnych pomyłek, powstałych wskutek niedostatecznie dokładnego badania powiedzieć mogę z poetą:

„I wszystko w sobie znalazłem to samo,
Co mi się zdało być u drugich plamą".

A teraz dążę do ostatniej konkluzji. Wysnuwam z tych rozważań następujące tezy:

I. Nigdy nie dojdziemy do zupełnej doskonałości rozpoznawczej na pograniczu ginekologji, jeżeli nie powstaną lub nie udoskonalą się nowe metody badania w rodzaju n. p. Abderhaldenowskiej serologicznej, lub roentgenicznej. Trudności nie do przezwyciężenia powstają najczęściej wskutek tego, że ginekologja jest działem terytorjalnie ograniczonym, a choroba zatrzeć może te granice naszego terytorjum, czy to przez to, że guz ginekologiczny nieduży może przywędrować wysoko ponad sferę genitaliów, ba nawet zupełnie się od nich oddzielić, czy wskutek tego, że choroba nieginekologiczna rozpanoszy się w bezpośredniem sąsiedztwie narządów rodnych. Jako przykład przytoczę ropnie na dnie jamy Douglasa w zapaleniu wyrostka, ropienie w tkance łącznej przymacicznej w tejże chorobie, śledzionę przyrośniętą do przydatków prawych lub *hydrops appendicis* leżący w miednicy małej.

Drugą i jak z zestawienia naszych przypadków widać, częstą przyczyną jest fakt, że choroby obce wywołują powikłania w narządach płciowych. Przykłady: ropne guzy jajowodów przy *appendicitis*, przy raku odbytnicy, lub w przypadkach promienicy.

II. Największą ilość pomyłek rozpoznawczych, dających się uniknąć popełnia się przez to, że się nie myśli o możliwości danego cierpienia. Trzeba więc żeby myśl diagnosty obejmowała szerokie tereny.

III. Winę złego rozpoznania ponosi nierzadko ten szczegół, że się nie używa wszelkich wskazanych sposobów badania.

IV. Wreszcie praktyczna konkluzja.

Ginekolog nie może się ograniczyć ani myślą rozpoznawczą, ani techniką leczniczą do swojej ciasnej specjalności. Jeżeli chce dobrze i pewnie rozpoznawać, musi wyjść myślą daleko poza swoją dziedzinę, a biorąc nóż do ręki musi być przygotowanym na to, że może pomyłka rozpoznawcza zmusić go do zastąpienia fachowego chirurga.

W tych czterech tezach nie powiedziałem zapewne nic nowego, ale oparłszy się na obfitym klinicznym materjale, zaczerpnąłem z życia fakty, które silniejszym mówią głosem, niż najlepiej uzasadnione rozumowanie teoretyczne.

Celem moim pierwszym i najważniejszym było, jak na wstępie zaznaczyłem, pouczenie samego siebie. Cieszyć się będę jeśli i słuchacz wyniesie coś pożytecznego dla siebie, coś, co mu ułatwi najtrudniejszą i najpełniejszą odpowiedzialności pracę t. j. rozpoznawanie.

Z PRAKTYKI.

Dr. Marjan ZACHERT. Kraków.

Zasady i metody leczenia jaglicy u dzieci.

Z kliniki okulistycznej U. J. i Zakładu dla dzieci jagliczych w Witkowicach.
Dyrektor: Prof. K. Majewski.

Jaglica u dzieci jest bardziej rozpowszechniona, niż u starszych, ale przebieg jej w wieku dziecięcym jest natomiast znacznie łagodniejszy. Powikłania rogówkowe u dzieci (łuszczka, nacieki) zdarzają się rzadko. Na 863 przypadków leczonych w zakładzie leczniczym w Witkowicach w ciągu ostatnich 3½ lat, zanotowałem tylko 17 powikłań rogówkowych (około 2%), przyczem duża część była spowodowana innym procesem chorobowym (skrofuloza).

Częściej już zdarzają się przypadki zajęcia przez jaglicę głębszych tkanek oka, mianowicie tarczki, z następowemi zmianami jej kształtu. Takich przypadków zanotowałem 32, co stanowi około 4% leczonych w zakładzie. Dzięki dużej żywotności i elastyczności tkanek u dzieci nie przychodzi prawie nigdy do poważniejszych powikłań i znaczniejszego upośledzenia wzroku. Oczywiście, że odnosi się to tylko do przypadków leczonych, a nie zaniedbanych, które także u dzieci mogą doprowadzić do fatalnego zejścia.

U starszych, jak wiadomo, jaglica daje duży bardzo odsetek powikłań rogówkowych i znacznego upośledzenia wzroku, a nawet ślepoty. Gepner podaje, że wśród ociemniałych starców 13% przypada na oślepłych z powodu jaglicy. Ta różnica przebiegu jaglicy u osobników starszych i u dzieci musi być uwzględnioną przy wyborze metod jej leczenia. U osobników starszych często już ze względów społecznych, aby jaknajszybciej usunąć dolegliwości i przywrócić choremu zdolność do pracy i zarobkowania, uciekać się musimy do stosowania metod radykalnych; u dzieci ze względu na łagodniejszy przebieg choroby należy zalecić postępowanie jaknajbardziej umiarkowane, któreby oszczędzało tkanki zdrowe i zachowywało pierwotne niezmienione warunki dla organu tak ważnego jakim jest oko.

W lecznictwie wyróżniamy zasadniczo dwie metody postępowania:

a) leczenie przyczynowe i

b) leczenie objawowe.

Leczenie przyczynowe przez swoiste działanie niszczące pewnych środków na czynnik, wywołujący daną chorobę (chinina na zarazki zimnicy, salwarsan na krętki kiły i t. p.), lub przez bezpośrednie usuwanie i niszczenie głównych ognisk, będących źródłem choroby (operacyjne leczenie: usuwanie nowotworów, ognisk zapalnych), ma na celu osiągnięcie zupełnego wyleczenia.

Leczenie objawowe zaś ma za zadanie jedynie usuwanie różnych szkodliwych objawów i łagodzenie przykrych dolegliwości, występujących w przebiegu choroby, bądź też będących jej pozostałością i zejściem. W odniesieniu do jaglicy, choroby, której istota i etjologja dotychczas nie jest dostatecznie poznaną i wyjaśnioną, której swoisty drobnoustrój chorobotwórczy zaledwie jest domniemanym i którą wyróżnia się jako odrębną jednostkę chorobową jedynie na podstawie zespołu objawów chorobowych, nie może być przeto mowy o stosowaniu leczenia przyczynowego w ścisłem tego słowa znaczeniu, a natomiast postępowanie tutaj nagół ma charakter leczenia objawowego.

Znamiennym i głównym objawem jagliczego schorzenia oka jest tworzenie się pod nabłonkiem spojówki, w warstwie limfoidalnej, charakterystycznych ognisk (nacieków), zwanych ziarnami jagliczemi. Te ziarna, jak rozległe badania i obserwacja potwierdzają, są istotnemi zmianami i objawami choroby, wszelkie zaś inne, jak przerost brodawkowy, odczyn zapalny i t. p., są tylko objawami dodatkowemi, towarzyszącemi, lub wreszcie następowemi. Usuwanie i niszczenie przeto ziarn jagliczych, tych ognisk choroby, obok działania bakterjobójczego antyseptyków na domniemane drobnoustroje jaglicze, należy uważać za leczenie istoty jaglicy, jako takiej, t. j. za leczenie przyczynowe, wszelkie zaś inne leczenie, skierowane nie przeciwko tym zasadniczym zmianom, lecz przeciw drugorzędnym (stan zapalny, wydzielina, przerost brodawkowy) lub wtórnym (nacieki, blizny, zniekształcenia i t. d.), poczytywać będziemy za leczenie objawowe.

Leczenie jaglicy, czy to dotyczy zmian pierwotnych — leczenie przyczynowe, czy zmian wtórnych — leczenie następowe, ma zawsze charakter leczenia miejscowego, polegającego na stosowaniu różnych środków i zabiegów na miejscu na spojówce, bezpośrednio dotkniętem schorzeniem. Spojówka wyściela tylną powierzchnię powieki i przedni odcinek gałki ocznej, tworząc w ten sposób przestrzeń, zwaną workiem spojówkowym. W worku spojówkowym wyróżniamy następujące części:

a) Spojówkę tarczkową, t. j. tę część spojówki, która pokrywa tylną dobrzeżną partję powiek, których strukturę stanowią tarczki powiekowe;

b) spojówkę załamkową, która rozpostarta jest na wiotkiej tkance podścieliskowej obwodowych i głębszych części powiek i oczodołu, oraz

c) spojówkę gałkową, która pokrywa przedni odcinek gałki ocznej.

Zapomocą powszechnie znanych rękoczynów możemy łatwo odsłonić spojówkę tarczkową i gałkową oraz wykonać na niej zamierzone zabiegi lecznicze, natomiast spojówka załamkowa wskutek budowy anatomicznej jest najbardziej ukrytą i niedostępną. Na tej to właśnie części spojówki przedewszystkiem rozwijają się zmiany jaglicze i dlatego to odsłonięcie i udostępnienie tej części spojówki dla zabiegów leczniczych jest wprost warunkiem racjonalnego postępowania przy leczeniu jaglicy.

Znanych jest kilka sposobów odsłaniania spojówki załamkowej, szczególniej załamka górnego, który jest głębszy (metoda Dariera: zwijanie powieki na szczypczykach hemostatycznych, wynicowanie załamków szczypczykami Gałęzowskiego itp.), których wspólną ujemną stroną, obok innych niedogodności, jest duża bo-

lesność i znaczne obrażenia, jakie wywołują i wskutek czego nie zawsze mogą być stosowane.



Ryc. 1.

Odwracadło powiek.

Górna część przyrządu w formie wklęsłej płytki, kształtem i wielkością zbliżonej do chrząstki powieki górnej, służy do podwójnego odwinięcia powieki górnej, dolna zaś część w kształcie haka tępego — do wynicowania załamka spojówkowego powieki dolnej.

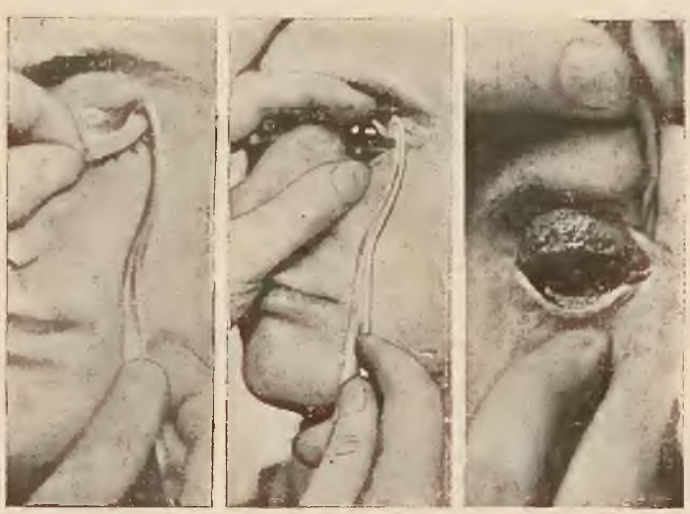
W zakładzie stosujemy własną metodę odsłaniania załamków, która stanowi dogodną modyfikację zasady, podanej swego czasu przez Michail'a i Vercana.

Do tego celu służy nam odpowiedni przyrząd — „odwracacz powiek", który składa się z dwóch zasadniczych części:

a) górna — w formie płytki, która kształtem, wielkością i wygięciami przystosowana jest do tarczki powieki górnej, i

b) dolna — w formie płytkiej łyżki Desmarres, której szerokość odpowiada znów tarczce powieki dolnej. Obie te części są osadzone na końcach trzonka, którego kształt i wygięcia mają na celu większą dogodność przyrządu przy zabiegach.

Jak już z tego opisu łatwo wywnioskować, górna część odwracacza służy do wynicowywania załamka górnego, dolna zaś do dolnego. Ten sam przyrząd służy do zabiegu na obu oczach u tego samego indywidjum, natomiast trzeba mieć odwracacze różnej wielkości i przystosowywać je do wielkości tarczek u danego osobnika (zwykle dla starszych większe, dla dzieci mniejsze). Naogół jednak można się zawsze posiłkować średnich wymiarów odwracaczem (N. 18) zupełnie wygodnie i z zadawalniającym rezultatem.



Ryc. II.

Wynicowanie załamka górnego przez podwójne nawinięcie powieki na płytkę odwracadła. A. akt pierwszy — ułożenie płytki na powiece. B. akt drugi — odwrócenie części tarczkowej spojówki i ułożenie tarczki na płytce odwracadła. C. akt trzeci: Obrót płytki wraz z tarczką o 180°, podwójne nawinięcie się powieki na płytkę i dzięki temu zupełne wynicowanie się załamka i odsłonięcie spojówki.

Dla wynicowania i odsłonięcia załamka górnego używa się górnej części odwracacza. Lewą ręką chwyta się za brzeg rzęskowy powieki i lekko pociąga ją ku dołowi, aż zaznaczy się na niej rowek, odpowiadający górnej krawędzi tarczki. Teraz przykłada się do powieki, powyżej tego rowka, płytkę odwracacza, który trzyma się w ręce prawej. W tym momencie wygięcie płytki odwracacza jest niejako zwierciadlanem odbiciem dolnej części powieki (tarczki), czyli, że płytka ma przeciwne wygięcie (akt I). Teraz lewą ręką pociągamy powiekę ku przodowi i górze, wskutek czego obraca się ona około dolnego brzegu płytki, a następnie kładzie na niej, przyjmując zgodne z płytką, a przeciwne swemu, wygięcie(akt II). Obecnie wykonywamy odwracaczem około osi jego płytki obrót o 180°, lekko przytem przytrzymujemy opuszkami lewej ręki powiekę, aby nie zsuwała się z odwracacza. W tych warunkach płytka odwracacza, która początkowo wypukłością była zwrócona ku tyłowi (ku gałce), teraz leży wklęsłością na gałce, a na jej wypukłej powierzchni rozpostarta jest wynicowana cała spojówka załamka górnego i której przejście w spojówkę gałkową jest również widoczne w formie napinających się pasem pomiędzy odwracaczem i gałką.

W ten sposób bez bólu i bez najmniejszego uszkodzenia tkanek spojówkę załamka górnego możemy zupełnie dokładnie odsłonić i udostępnić dla wykonywania wszelakich na niej zabiegów.

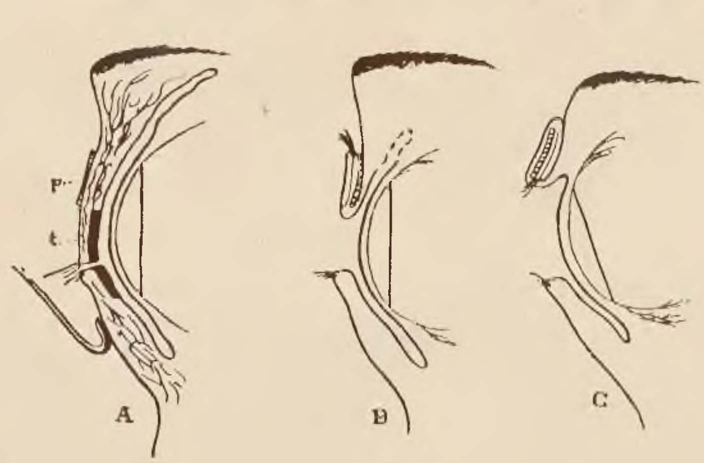
Wynicowanie załamka dolnego dla celów diagnostycznych jest zbyteczne, gdyż do tego wystarcza zazwyczaj zwykły rękoczyn, ale dokładne odsłonięcie tej części spojówki przy wykonywaniu zabiegów chirurgicznych jest również bardzo pożądane. Do wynicowania załamka dolnego służy dolna część odwracacza w kształcie tępego haka. Sposób użycia jest taki, jak łyżki Desmarresa, więc nie będziemy go tu opisywali.



Ryc. III.

Wynicowanie załamka dolnego odwracadłem.

Ten sposób wynicowywania załamków przez nawinięcie powieki jak na bloczek i rozpięcie spojówki na twardej płytce odwracacza wywołuje przez ucisk znaczną jej anemizację i znieczulenie.



RYS. 4

Ryc. IV.

A. Głębokość załamków przy zamkniętych powiekach. t. tarczki powiekowe, p. płytka odwracadła. — B. Przy zwykłem pojedyńczem odwróceniu powieki górnej tylko część spojówki załamkowej zostaje odsłonięta. — C. Całkowite wynicowanie załamka górnego przez podwójne odwrócenie powieki górnej odwracadłem.

co nadzwyczajnie ułatwia dokładne i sprawne wykonanie wszelkiego zabiegu chirurgicznego na tych partjach spojówki. Z tego to powodu ta metoda jest stosowaną przy leczeniu jaglicy na klinice ocznej Uniwersytetu Jagiellońskiego i w Zakładzie jagliczym w Witkowicach.

Arsenał różnych środków i sposobów, stosowanych przy leczeniu jaglicy, jest bardzo rozległy i można go podzielić na trzy kategorje:

a) leki,
b) zabiegi chirurgiczne, i
c) zabiegi mechaniczne i fizykalne.

Dział leków jest najobfitszy. Bez dużej przesady można powiedzieć, że wszystkie prawie znane w medycynie środki próbowano zastosować przy leczeniu jaglicy. Wszelkie środki dezynfekcyjne i bakterjobójcze, ściągające i żrące i t. p. w formie roztworów, maści, proszków, mają tu swoje zastosowanie. Wymienimy tu tylko ważniejsze z obecnie używanych: collargol, argentanina, electrargol, azotan srebra, protargol i inne preparaty srebrowe, sublimat, kalomel, *hydr. nitricum oxydulatum, hydr. oxycyanatum* siarczan miedzi i cynku, tannina, ałun, kw. borowy, kw. mlekowy, rezorcyna i t. d. Działanie różnych tych środków ma charakter przeważnie leczenia symptomatycznego, skierowanego przeciwko objawom towarzyszącym, które w pewnym tylko stopniu wpływa także na ustępowanie zmian istotnych — ziarn jagliczych i niszczy przypuszczalnie drobnoustroje jaglicy. Doświadczenie wykazało, że na drodze wyłącznie lekowej niezmiernie trudno doprowadzić do zupełnego zniknięcia ziarn jagliczych i osiągnąć całkowite wyleczenie, a natomiast nie rzadko zdarza się obserwować przy przewlekłem stosowaniu jakiego leku nawet niekorzystne jego oddziaływanie na przebieg i zejście choroby (argyroza). Dlatego też leczenie lekowe należy stosować oględnie i oznaczać dla niego odpowiednie wskazania. Przedewszystkiem więc leczenie lekowe stosujemy jako leczenie przygotowawcze, którego celem jest usunięcie towarzyszącego często jaglicy odczynu kataralnego i zapalnego spojówki. W tym celu przez kilka dni lub nawet tygodni aż do oczyszczenia się spojówki i ustąpienia wydzieliny, zapuszcza się na dobrze odwrócone (wynicowane odwracaczem) spojówki 0,5—2% roztwór lapisu i obficie spłukuje roztworem soli 6%. W tym samym celu stosuje się również *hydr. nitr. oxydulatum* 1/300 lub roztwór siarczanu cynku 1%, albo wreszcie inne środki zależnie od stanu oczu. Gdy w ten sposób doprowadzi się do osłabienia odczynu zapalnego i ustąpienia wydzieliny, przystępuje się do właściwego leczenia jaglicy, które przedewszystkiem polega na wykonywaniu odpowiednich zabiegów chirurgicznych.

Zabiegi chirurgiczne, stosowane przy jaglicy, mają na celu albo usunięcie istotnych zmian jagliczych (ziarna) i wtedy wchodzą w zakres leczenia przyczynowego, albo też usunięcie zmian wtórnych, zniekształceń tarczki, wrostu rzęs, opadnięcia powieki i t. p. i wówczas znów zabiegi takie wchodzą w zakres leczenia objawowego — zejścia jaglicy. Tutaj zajmować się będziemy tylko zabiegami, należącemi do kategorji pierwszej, z których pierwszeństwo dajemy następującym.

a) wypalanie ziarn *(galwano vel termo-cauterisatio)*,
b) wyciskanie ziarn *(ecrasio)*,
c) wyskrobywanie ziarn i nacieków jagliczych *(scarificatio, abrasio)*.

Prócz tego stosujemy niekiedy:

1) wycinanie załamków, i
2) wyłuszczenie tarczki.

Wypalanie *(cauterisatio)* stosuje się najczęściej w przypadkach jaglicy początkowej w okresie, który wyróżniamy jako *granulosis circumscripta*, jeśli brak, lub jest tylko nieznaczny odczyn zapalny, a grudki występują na ograniczonej przestrzeni, zwykle tylko w głębi załamka górnego, i w okresie *conjunctivitis granulosa disseminata*, jeśli jest odczyn zapalny, a grudki są rozsiane po spojówce obu załamków, jako sznury izolowanych paciorkowców lub wysepki. W tym okresie najwłaściwiej jest przez przypalanie żegadłem zniszczyć poszczególne ziarna, pozostawiając nietkniętą resztę spojówki. Blizenki, jakie pozostają po takim zabiegu, jeśli się do tego używa cienkiego palnika Paquelin'a, lub pętli galwanokaustycznej, są małe, powierzchowne, w kształcie drobnych gwiazdeczek. W późniejszym okresie, gdy ziarna jaglicze ulegają procesom wstecznym, stają się kruche, ale są wciąż jeszcze rozsiane — lepiej jest stosować wyciskanie, z pomocą bowiem tego zabiegu dokładniej możemy oczyścić spojówkę ze zniszczonych jaglicą tkanek.

Wyciskanie *(ecrasio)* można wykonywać w różny sposób z pomocą różnych do tego celu pomyślanych przyrządów (szczypczyki Knappa, pinceta Kuhnta, Dohnberga, Prince'a i t. d.), lub też wprost zapomocą ucisku paznokci *(ecrasio digitalis)*.

Ponieważ dysponujemy doskonałym sposobem odsłaniania spojówki, więc nie posiłkujemy się wspomnianemi powyżej szczypczykami i wyciskanie ziarn jagliczych przeprowadzamy w sposób następujący:

Po wypłukaniu worka spojówkowego roztworem fizjologicznym i znieczuleniu spojówki przez kilkakrotne wkroplenie kokainy *(Cocaini* 4% — *Sol. Adrenalini* 1/10,000) lub podspojówkowe zastrzyknięcie nowokainy odsłaniamy sobie z pomocą odwracacza najpierw spojówkę załamka górnego. Na rozpostartej na odwracaczu spojówce ukazują się ziarna, które łatwo pod uciskiem pękają i opróżniają się z treści. Dokładnego wyciśnięcia treści ziarn i ich zgniecenia dokonywamy albo zapomocą brzegu paznokcia, lub, ze względu na większą aseptykę, ostrą łyżeczką lub krawędzią trzonka jakiegobądź instrumentu chirurgicznego. Uciskamy tylko te miejsca, w których dostrzega się zmiany jaglicze, oszczędzając resztę spojówki. W tych warunkach, gdy mamy spojówkę odsłoniętą i nie działamy na ślepo, jak przy zwykłej *ecrasio digitalis* lub przy użyciu szczypczyków Knappa i t. p., gdzie gniecie się i niszczy całą spojówkę, oszczędzanie części zdrowych jest łatwe do osiągnięcia, a dzięki temu też obrażenie spojówki jest znacznie mniejsze, a zatem i blizenki w następstwie powstające są nieznaczne. Przy takiem postępowaniu nie zachodzi obawa uszkodzenia rogówki, która w czasie zabiegu jest zasłonięta, a usunięcie ziarn i wszelkich chorobowych zmian może być bardzo dokładnie uskutecznione dzięki odsłonięciu całej spojówki z załamków przez ich wynicowania i rozpięcie na płytce odwracacza.

Po wyciśnięciu w ten sposób treści jaglicznej spłukujemy spojówkę roztworem sublimatu 1/1000 i jednocześnie przecieramy gazikiem dla dokładnego jej oczyszczenia. W ten sam sposób postępujemy z załamkiem dolnym, a kończy się zabieg obfitem wypłukaniem całego worka spojówkowego roztworem fizjologicznym i założeniem maści antyseptycznej, która jednocześnie chroni przed zrostami obnażonej z nabłonka spojówki. Opatrunku się nie zakłada, jeno tylko kilkakrotnie w ciągu dnia stosuje się okłady zimne z boraksu.

Po 3—5 dniach, w czasie których do worka zapuszcza się 1% roztwór siarczanu cynku lub protargol, oraz zakłada się maść xeroformową 3%, zwykle ubytki na spojówce pokrywają się świeżym nabłonkiem i wytwarzają się cienkie powierzchowne blizenki.

Skrobanie *(abrasio)*. Gdy mamy do czynienia z przypadkami jaglicy dalej posuniętej, gdy na spojówce znajdujemy na pewnej przestrzeni nierozsiane, mniej lub więcej izolowane ziarna, ale całe zwały nacieków jagliczych *(conj. granulosa diffusa)*, to tutaj wskazane jest dokładne zeskrobanie całej chorobowo zmienionej spojówki. Wykonanie takiego skrobania jest niezwykle ułatwione przez zastosowanie odwracacza. Spojówkę, rozpiętą na twardej podstawie płytki owracacza, skrobie się zwykłą ostrą łyżeczką, lub też specjalnemi łyżeczkami Langrangera czy Dohnberga (część ostra, nieząbkowana). Postępowanie naogół jest takie samo, jak przy ekrazji.

Skaryfikacja. Jeśli proces jaglicy drąży w głąb tkanek, a w szczególności zajmuje tarczkę *(ophtalmia granulosa)*, to zabieg tutaj musi mieć na względzie nietylko usunięcie powierzchownych ziarn i nacieków, ale również tych w głębi tkanki się rozwijających. Dlatego to przy leczeniu takich przypadków trzeba nietylko zeskrobywać schorzałą spojówkę, ale jeszcze nadcinać nożykiem lub rozdrapywać specjalnemi grabkami (Langrange, Dohnberg i t. p.) głębsze warstwy i tarczkę, aby ogniska tam się znajdujące mogły się opróżnić i oczyścić. Ten zabieg tak wykonujemy: Po zwykłem przygotowaniu chorego do operacji i odsłonięciu spojówki, najpierw zapomocą łyżeczki ostrej zdrapujemy schorzałą spojówkę, następnie grabkami zębatej łyżeczki Langrangea lub Dohnberga rozdrapuje się głębsze warstwy i wydrapuje z nich miazgę chorobową. Nabłonek spojówkowy zostaje przytem na dość znacznej przestrzeni zniszczony, regeneruje on jednak w ciągu kilku dni i ma wówczas wygląd nieco przymglony, wskutek cienkiej tkanki bliznowatej, która z głębszych warstw przezeń prześwieca.

W tym okresie można stosować także 1) wyłuszczanie tarczki *(modo* Mac Callam) i 2) wycinanie załamka górnego *(modo* Heisrath).

Wskazaniem do wycięcia załamka górnego jest rozlany naciek jagliczy, ograniczony do tej przeważnie przestrzeni, przy zaznaczających się i daleko posuniętych zmianach wstecznych.

Wyłuszczenie tarczki powieki górnej wskazane jest, gdy proces jagliczy zajął chrząstkę i gruczoły Meiborna, oraz wciąż stamtąd, jak z ukrytego ogniska, odnawia się. Również zmiany

kształtu tarczki, opadnięcie powieki, wzrost rzęs i t. p. są wskazaniem do *exstirpatio tarsi*. Wykonanie jednego z wymienionych zabiegów nie kończy leczenia jaglicy. Przedewszystkiem po leczeniu chirurgicznem przez pewien czas należy stosować l e c z e n i e p o o p e r a c y j n e, które ma za zadanie zagojenie obrażeń, spowodowanych samym zabiegiem. Leczenie to trwa około tygodnia, i polega na: przepłukiwaniu sublimatem, zakraplaniu cynkiem, niekiedy lapisem, tuszowaniach siarczanem miedzi, zakładaniem maści antyseptycznej (kseroform), okładach zimnych z boraksu i t. p. Gdy odczyn pooperacyjny ustąpi, a obrażenia się zagoją, kończy się właściwe leczenie pooperacyjne, a zaczyna l e c z e n i e n a s t ę p o w e.

Jeśli proces jagliczy był więcej zaawansowany, to po operacyjnem usunięciu ziarn jaglicznych w warstwach głębszych pozostają jeszcze rozlane nacieki, a na powierzchni utrzymuje się przerost brodawkowy oraz ogólny odczyn zapalny, które powolnie dopiero ustępują pod wpływem l e c z e n i a n a s t ę p o w e g o. To leczenie w Zakładzie Witkowickim, jeśli jest odczyn zapalny, przeprowadza się n a o d d z i a l e j a g l i c y s ą c z ą c e j aż do jego ustąpienia, w braku zaś odczynu zapalnego, odrazu na oddziale jaglicy suchej. W leczeniu następowem obok stosowania różnych lekarstw, dominującą rolę odgrywają zabiegi mechaniczne.

W toku leczenia następowego występują często pogorszenia: pojawiają się na spojówce nowe ziarna i nacieczenia jaglicze, lub też występują wyraźniej dawniej niedostrzegalne. W razie wystąpienia takich zmian dziecko musi być poddane ponownemu leczeniu przyczynowemu. Zdarzają się przypadki wyjątkowo ciężkie, gdzie stosunkowo w krótkich odstępach czasu spostrzegać możemy nawroty choroby, które są zresztą wprost charakterystyczne dla jaglicy. Korzystnem jest w takich przypadkach nie stosować ciągle tych samych zabiegów, ale zastępować je innemi i uzupełniać leczeniem mechanicznem, które już często samo prowadzi do dobrych rezultatów.

Z a b i e g i m e c h a n i c z n e są stosowane w charakterze leczenia przyczynowego i leczenia objawowego. Najpierw omówimy zabiegi mechaniczne o charakterze leczenia przyczynowego. Do tej kategorji zaliczamy:

1) m a s a ż k u l k o w y, wykonywany energicznie aż do okrwienia,

2) f r o t a r z gazikami zwilżonemi w sublimacie lub innym płynie odkażającym,

3) p e n d z l o w a n i e twardemi pendzelkami, zwilżonemi w roztworze *hydr. nitr. oxydulatum* i t. p., i

4) tuszowanie wacikami z roztworem lapisu lub pałeczkami sinego kamienia.

W zabiegach tych należy wyróżnić 2 momenty:

a) czysto mechanicznego działania, i

b) chemicznego działania środka jednocześnie aplikowanego.

Mechaniczne drażnienie spojówki jest zawsze połączone z mniejszem lub większem uszkodzeniem tej tkanki, ze zdarciem przybłonka spojówkowego, ze zmiażdżeniem kruchego utkania i tem podobnemi obrażeniami. W tem działaniu zabiegi mechaniczne przypominają nieco zabiegi chirurgiczne, są przecież znacznie łagodniejsze i w następstwie pozostawiają mniejsze uszkodzenia. Różnica zatem pomiędzy zabiegami chirurgicznemi a mechanicznemi jest tylko w stopniu i sile ich działania, istota bowiem pozostaje ta sama. Zabiegi mechaniczne dzięki temu, że są delikatniejsze, nadają się do leczenia przypadków recydywujących, a ze zmianami słabo wyrażonemi, gdzie wielokrotne powtarzanie zabiegów chirurgicznych jest już przeciwwskazane ze względu na następstwo zbliznowacenia. Rzecz oczywista, że wydatność zabiegów mechanicznych ustępuje przed chirurgicznemi, z tego też względu muszą być one wielokrotnie powtarzane względnie nawet systematycznie przez dłuższy czas stosowane. Leczenie takie jest przewlekłe, ale łagodniejsze. Najczęściej stosowane są:

a) masaż kulkowy, i

b) frotaż lub pendzelkowanie.

M a s a ż k u l k o w y, polecany u nas tak gorąco przez Likiernika i Birnbauma, wykonywamy w sposób następujący:

Pałeczkę szklaną, zakończoną kuleczką o gładkiej zupełnie powierzchni, średnicy 0,5 lub 0,75, albo nawet 1,0 cm, zależnie od głębokości załamka, wprowadzamy od strony nosa do załamka dolnego, uważając, aby nie uszkodzić rogówki. Następnie kilkakrotnie przesuwamy kulkę pod powieką, odciągając ją wraz z nią ku przodowi, a jednocześnie od zewnątrz naciskamy opuszkami palców, wykonywamy w ten sposób masaż powieki. Później wymasowywuje się kącik zewnętrzny oka, skąd, nie wyjmując kulki, przeprowadza się do załamka górnego, gdzie postępuje się tak samo. Zabieg kończy się wymasowaniem kącika nosowego przez bezpośrednie ugniatanie kulką spojówki, rozpostartej na kostnych częściach nasady nosa i oczodołu.

Taki masaż, jeśli jest energicznie wykonywany, powoduje otarcie nabłonka spojówki szczególniej w miejscach więcej wyniosłych (ziarna, brodawki), oraz zgniecenie drobnych a kruchych ziarn i wyciśnięcie z nich treści. Jeśli takie masowanie, jak to najczęściej bywa, łączymy zazwyczaj z jednoczesnem wcieraniem w spojówkę maści antyseptycznej (Cupri citr. 1% Ung. hydr. fl. 3%, lub Xeroformi 3%), która przez uszkodzony nabłonek łatwiej się wchłania i przenika do głębszych warstw, wywołując silne przekrwienie i wogóle warunki korzystne dla wchłaniania nacieków jaglicznych. W wypadkach dalej posuniętej jaglicy, gdy proces chorobowy zaczyna drążyć wgłąb tkanek, tarczka powiekowa przedewszystkiem ulega zniszczeniu. W tarczce tworzą się duże ogniska zapalne, rozwijająca się tkanka łączna zaciska przewody gruczołów, tworzą się torbiele i wskutek tego tarczka znacznie grubieje. Częsty i energiczny masaż spojówek ze szczególnem uwzględnieniem tarczek, zapobiega rozszerzeniu się procesu wgłąb tarczek i powstawaniu tam powyższych zmian, w przypadkach zaś wcześniejszego ich już powstania, korzystnie bardzo wpływa na ich ustępowanie.

Masaż kulkowy jest przeto stosowany, jako leczenie przyczynowe w przypadkach jaglicy rozwiniętej i recydywującej, gdzie już były stosowane zabiegi chirurgiczne, po których pozostały liczne blizny, a proces toczy się dalej. Masaż wykonywa się energicznie aż do lekkiego krwawienia, raz lub dwa razy na tydzień. W pozostałe dni stosuje się przepłukiwania, zakraplania cynkiem taniną lub lekkie przecieranie sinym kamieniem. Wydzielina i znaczniejszy odczyn zapalny jest przeciwwskazaniem do masowania.

Odnośnie do masażu kulkowego podkreślić należy jeszcze jedną jego właściwość, dla której zyskał sobie szczególniejsze uznanie. Odnosi się to do leczenia następowego masażem kulkowym dla uniknięcia rozleglejszych zbliznowaceń, które są częstem zejściem jaglicy w stopniu mniej lub więcej wyrażonym, a których rezultatem końcowym jest skrócenie lub zarośnięcie nawet załamków, zawijanie i wrost rzęs i opadnięcie powieki. Przez stosowanie masażu kulkowego można w dużym stopniu zapobiec tym szkodliwym następstwom i powikłaniom jaglicy. Systematycznie przez dłuższy czas stosowany powoduje ścieńczenie i wygładzenie bliznek, pogłębienie załamków oraz zachowuje elastyczność i prawidłowy kształt tarczki. Dlatego to właśnie w zakładzie wszystkie przypadki, które nie wykazują już jaglicy czynnej, ale zdradzają skłonność do zbliznowaceń, są poddawane dłuższemu, od kilku tygodni do kilku miesięcy trwającemu leczeniu masażem. W tym wypadku masaż wykonywuje się lekko bez okrwawienia spojówki, 2 lub 3 razy na tydzień, poza tem stosując zakraplanie cynkiem. Masaż więc stanowi poważne uzupełnienie leczenia następowego jaglicy suchej.

Obok masażu kulkowego korzystny wpływ na te sprawy ma systematyczne rozciąganie spojówek i gimnastykowanie tarczek zapomocą używanego w zakładzie stale „odwracacza powiek", który w tym wypadku zyskuje zastosowanie jako przyrząd do masowania powiek. Prócz tego stosujemy jeszcze innego rodzaju masaż, mianowicie m a s a ż o p u s z k a m i p a l c ó w. Ten zabieg stosuje się jako uzupełnienie przy zapuszczaniu do oka różnych lekarstw, celem spowodowania przedewszystkiem dokładniejszego i szybszego ich wchłonienia. Wyróżnić tu możemy:

1) masaż przy stosowaniu maści, i

2) masaż przy zapuszczaniu roztworów.

Stosowanie masażu przy stosowaniu maści, szczególniej żółtej, celem jej wtarcia w spojówkę, jest rzeczą powszechnie znaną. Masaż taki wykonywa się bardzo delikatnie, gdyż za podstawę służy tutaj gałka oczna, dla której silniejszy ucisk mógłby się okazać szkodliwym, przeto także spojówka przy tym zabiegu nie zostaje zupełnie uszkodzona. Zabieg taki można wykonywać codziennie. Dla leczenia jaglicy ten zabieg niema szczególniejszego znaczenia i jest przeważnie stosowany przez nas przy skrofulicznych powikłaniach jaglicy.

W przypadkach znacznego zgrubienia i przerostu brodawkowego spojówek przy przeżeganiu lapisem 0,5—2%, korzystnie jest jednocześnie wymasować spojówkę. Po odwróceniu powieki górnej chwyta się zwykle wtedy obrzękły i gruby fałd spojówkowy między opuszki palca dużego i wskaziciela i przy jednoczesnem obfitem spłukiwaniu roztworem soli dokonywuje się jego mięsienia. Taki niewinny zabieg można powtarzać przy każdorazowem zakraplaniu oka.

F r o t a ż — t u s z o w a n i e. Te zabiegi są łagodniejszemi sposobami ekrazji i skrobania. Stosuje się je w przypadkach rozsianych ziarn i nacieczeń, którym towarzyszy znaczny przerost brodawkowy, zgrubienie spojówki i odczyn zapalny. Spojówkę pociera się dość silnie gazikiem, lub wacikiem, nawiniętym na pręcik szklany, zwilżonym w sublimacie (1/500 do 1/1000) hydr. nitr. oxyd.

1/300 lub lapisie, przyczem nabłonek zostaje zdarty, a ziarna i brodawki częściowo przynajmniej zniszczone. Po zabiegu, szczególniej jeśli wystąpiło znaczniejsze krwawienie i zdarcie nabłonka, należy worek spojówkowy dobrze wypłukać, a następnie założyć maść antyseptyczną. Zabieg taki można wielokrotnie powtarzać, trzeba tylko odczekać kilka dni aż ustąpi zadrażnienie, wywołane poprzednio. Jeśli chcemy energiczniej zadziałać na spojówkę na ograniczonej przestrzeni, pocieramy ją wacikiem, zawiniętym na pałeczkę szklaną, a zwilżonym 2 lub 3% lapisem. Ten zabieg daje możność przyżegania pewnych partji spojówki silnemi lekami, nie drażniąc reszty spojówki niepotrzebnie i nadmiernie.

Prócz tego powszechnie jest znane tuszowanie spojówki jagliczej pałeczką siarczanu miedzi t. zw. sinym kamieniem. Ten zabieg stosujemy na szeroką skalę przeważnie przy leczeniu jaglicy suchej, ale również przy jaglicy sączącej, jeśli wydzielina tylko nie jest zbyt znaczną. Korzystne działanie tuszowania kamieniem sinym na przebieg jaglicy należy przypisać nietylko właściwościom samego siarczanu miedzi, ale także w dużym stopniu mechanicznym czynnikom, jak pocieranie, szlifowanie i miesienie, które są składową częścią tego zabiegu.

Prawie każdy przypadek po leczeniu chirurgicznem i mechanicznem wymaga dłuższego leczenia kamieniem, które najpierw stosuje się w postaci tuszowań codziennie (3 do 8 tygodni), a następnie, gdy zaznacza się już cofanie choroby, ogranicza się tuszowanie do 3-ch razy w tygodniu, przyczem w dni pozostałe zapuszcza się do worka spojówkowego siarczan miedzi w roztworze początkowo 5, później jedno procentowym, aż wreszcie zastępuje się go roztworem jednoprocentowego siarczanu cynku. Każdy z wymienionych roztworów stosuje się przez 1 do 3 tygodni. Jeśli pod wpływem takiego leczenia osiągnie się już taki stan że spojówka poza nieznacznym przerostem brodawkowym i przekrwieniem nie wykazuje już żadnych zmian jagliczych, to jeszcze przez 2 do 3 tygodni stosujemy raz lub dwa razy na tydzień, tuszowanie kamieniem, aż wreszcie gdy spojówka stanie się gładką, porzuca się tuszowanie i kończy się leczenie zakraplaniem 1 lub ½%-wego cynku przez kilka tygodni aż do zupełnego ustąpienia stanu kataralnego, a tem samem definitywnego wyleczenia z jaglicy.

Wspomnieć jeszcze musimy dla uzupełnienia podanego przeglądu metod leczenia jaglicy, o próbach leczenia specyficznego. Siarczan miedzi jest poczytywany do pewnego stopnia za specyfik dla jadu jagliczego. Na tej to podstawie Nicati przez podspojówkowe zastrzyki roztworów siarczanu miedzi 1/500 do 1/100 spodziewał się osiągnąć wyjałowienia tkanek z jadu jagliczego i zupełne wyleczenie. (Revue du Trachome 1924).

Przeprowadziliśmy w tym kierunku szereg prób (28 przypadków), na materjale w Zakładzie w Witkowicach, które jednak nie dały całkiem pomyślnych rezultatów. Aczkolwiek zupełne wyleczenie jaglicy rozwiniętej na tej drodze wydaje się nam wątpliwe, to jednak można się spodziewać, że wstrzykiwania siarczanu miedzi stosowane, jako leczenie następowe, po uprzedniem chirurgicznem usunięciu głównych ognisk chorobowych i tkanki zwyrodniałej, mogą się wydatnie przyczynić do wchłonięcia drobnych, głęboko rozsianych ognisk jagliczych i do ostatecznego wyjałowienia tkanki.

OCENY.

N. P. Tager: *Wrzód dwunastnicy (ulcus duodeni).* Leningrod r. 1925. Wydawnictwo P. Sojkina.

Autor omawia obszernie, ze szczegółowem uwzględnieniem piśmiennictwa światowego, symptomatologję oraz etjologję wrzodu dwunastnicy. Wysunięcie jednak szeregu odważnych poglądów, na które zapewne nie każdy z nas zgodzić się zechce, skłoniły mnię do ich wymienienia.

Przedewszystkiem autor twierdzi, że wrzód dwunastnicy jest zdolny do samoistnego zagojenia się podobnie jak i wrzód żołądka. Przebicie tego wrzodu oraz występujące krwotoki mało czem się różnią od podobnych powikłań w przebiegu wrzodu żołądka. Ze względu na stosunkową rzadkość występowania raka w dwunastnicy należy uważać wrzód tej części jelita za mniej złośliwy niż wrzód żołądka. Autor sądzi, że słuszniejszemby było używanie nazwy *ulcus pepticum* dla wrzodów dwunastnicy, coby ostatecznie zatarło niesłuszną, zdaniem jego, granicę pomiędzy wrzodami żołądka i dwunastnicy. Omawiając leczenie tego schorzenia, autor pomimo, że jest internistą, obszernie omawia część operacyjną, poświęcając sporo uwagi występującym powikłaniom w postaci blizn i zrostów. Do książki dołączone są 48 tablic, przedstawiające stosunki anatomiczne spostrzeganych własnych przypadków operowanych.

W. Janusz.

Prof. von den Velden i dr. P. Wolf: *Podręcznik terapji praktycznej opartej o podłoże doświadczalne.* (Handbuch der praktischen Therapie als Ergebnis experimenteller Forschung). Tom I. (2 części), stron 1116. (Nakładem firmy: J. Ambrosius Barth, Lipsk). 1926. Cena opr. 73·5 marki niem.

I. tom tego dzieła powstał przy współudziale 48 pracowników, wśród których znajduje się szereg najwybitniejszych uczonych niemieckich. Celem tego podręcznika jest podanie lekarzowi całokształtu lecznictwa, opartego jaknajściślej o podstawy fizjologji, farmakologji i patofizjologji klinicznej, tak ogólnej, jak i szczegółowej. Tom I. „Praktycznej terapji" obejmuje podstawy i warunki leczenia, wynikające tak z doświadczalnych badań chemicznych i fizycznych, jak też i oparte na obrazie klinicznym, czyli celem jego jest patologiczna fizjologja. (Natomiast tom II., który ma się ukazać w jesieni b. r. zajmuje się praktycznem zastosowaniem i przeprowadzaniem poszczególnych sposobów leczniczych przeciw przyczynom, jakoteż i poszczególnym objawom chorobowym). Wstęp obejmuje historję rozwoju lecznictwa od starożytności poprzez wieki średnie, aż do naszych czasów, przedstawiając jego początki w okresie grubej bezkrytycznej empirji i mieszaniny pojęć magiczno-religijnych i stopniowe doskonalenie się, aż do uzyskania podstaw ściśle naukowych. Część I. zapoznaje czytelnika z ogólnemi podstawami bio-fizyko-chemicznemi lecznictwa wogóle, mianowicie w szeregu monografji porusza ona kolejno znaczenie eksperymentu dla terapji, jej podstawy farmakologiczne, następnie zasady chemoterapji przyczem na szczególne uwzględnienie zasługuje omówienie tak ważnego dziś w lecznictwie problemu, mianowicie sprawy synergizmu leków. Osobną grupę stanowi temat podstaw seroterapji i immunoterapji z uwzględnieniem ogólnego leczenia schorzeń natury allergicznej. Poważne miejsce jest poświęcone w tej pierwszej części leczeniu nieswoistemu, w pierwszym rzędzie proteinoterapji. Jako odrębna grupa są omawiane zasady i podstawy fizjatrji wogóle, a w szczególności klimato-balneo-radjo- i elektroterapji oraz leczenie ćwiczeniami cielesnemi. Szerokie uwzględnienie znalazły schorzenia przemiany materji, przyczem na 1-szy plan wybijają się takie tematy, jak ogólna patofizjologja i terapja zaburzeń bilansu wody, soli i ciepła ustroju, głód jako czynnik leczniczy i zasady leczenia dietetycznego. Jako szczególną zaletę tego dzieła należy podnieść, zdaniem mojem, poruszenie znaczenia czynnika ustrojowego, konstytucjonalnego dla leczenia, zwłaszcza wzajemnego stosunku między chemiczną konstytucją ustroju a działaniem farmakologicznem leków; ze sprawą tą omawiana jest również sprawa t. zw. alteracji t. j. zboczeń działania leków od zwykłego typu, zależnych od odmiennego odczynu danego osobnika na dany lek. W ten sposób następuje zerwanie z szablonem i pozostawienie lecznictwa na gruncie terapji indywidualnej. — Część II pierwszego tomu zajmuje się kolejno ogólną patofizjologją i terapją poszczególnych narządów względnie układów ustroju, mianowicie narządu oddechowego, krążenia, trawienia, moczowego, narządów krwiotwórczych i krwi, układu gruczołów dokrewnych i narządu ruchowego, gruczołów płciowych męskich i żeńskich, ogólną fizjopatologją i terapją układu nerwowego, oka, ucha, nosa, gardła, krtani a wreszcie fizjopatologją i terapją skóry i rany.

Widać z tego, że jakkolwiek jest to podręcznik, w pierwszym rzędzie przeznaczony dla internisty, to przecież i każda inna gałąź medycyny znajdzie w nim omówienie zakresu, który jej dotyczy. Koniec II części I tomu zajmuje się organizacyjnemi podstawami terapji, poruszając takie tematy, jak prawne i moralne zobowiązanie do leczenia, władze i urządzenia socjalne, działanie terapji w świetle statystyki, leczenie nosicieli zarazków, przymus leczenia ospy, gruźlicy i chorób umysłowych. Osobny rozdział poświęcono znaczeniu szarlatanów i partaczy w lecznictwie. Jakkolwiek te ostatnie tematy są poruszone w związku z prawodawstwem i stosunkami na terenie państwa niemieckiego, niemniej mają one znaczenie ogólne, zwłaszcza dla naszego młodego, organizującego się państwa. Ze względu na przytoczone powyżej zalety tego dzieła zasługuje ono rzeczywiście na gorące poparcie, zwłaszcza że w naszem piśmiennictwie lekarskiem nie posiadamy nic podobnego. Zdaniem mojem powinno się ono znaleźć w ręku nietylko klinicysty, ale i lekarza, który nie traktuje swego zawodu jedynie z punktu widzenia zarobkowego. Strona zewnętrzna bez zarzutu.

Docent Dr. Tempka (Kraków).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

ZAPISKI LECZNICZE.

Daleko posuniętą miopsję leczy Müller z Wiednia radykalnie przez podcięcie m. ocznego skośnego dolnego *musculus obliquus inferior*, osiągając tym zabiegiem poprawę wzroku n. p. 6/60 na 6/12 o 4 Dptr. Szczegóły podaje autor pomysłu w W. kl. Woch. Nr. 12. Rocznik 1926.

W przeprowadzeniu leczenia odtłuszczającego dzielnym środkiem pomocniczym przy równoczesnych przepisach dietetycznych okazał się przetwór rtęciowy novasurol. Wstrzykiwać można go domięśniowo lub dożylnie po 1 do 2 cm^3 co 5 do 6 dni. Obserwować należy pilnie zachowanie się błon śluzowych oraz nerek bowiem wydzielająca się nimi rtęć spowodować może *nephritis* lub *gingivitis* a nawet *angina mrcurialis*. Z chwilą pojawienia się w moczu białka, lub wałeczków zrezygnować należy bezwzględnie z dalszych wstrzykiwań. Powyższy sposób odtłuszczania, zaleca za Eppingerem Bayor w W. kl. Woch. Nr. 12. Rocznik 1926.

Celem uzyskania diurezy we wszystkich przypadkach gdzie wskazanym jest przetwór rtęciowy novasurol, zalecić można jako znacznie mniej jadowity i niebezpieczny dla błon śluzowych i nerek, przetwór fabryki Höchst salyrgan, stosując go po 1—2 cm^3 co 4—6 dni dożylnie (lub domięśniowo przy słabszem jednak działaniu). W przypadkach gdzie podawane przetwory tarczycowe celem odtłuszczania nie wywołują pożądanego skutku udaje się często osiągnąć cel przez równoczesne stosowanie proteinoterapji n. p. domięśniowemi wstrzykiwaniami mleka.

W leczeniu schorzeń nerwowych gdzie wskazanem jest wstrzyknięcie ol. kamforowego zalecić można przetwór Cardiasol fabryki Knolla. Jako rozczyn wodny, można go stosować i dożylnie, podskórnie zaś podany, działa znacznie szybciej niż olej kamforowy, nadaje się więc szczególnie w przypadkach nagłych. Ponieważ jednak działanie cardiasolu mija dość prędko, należy w przypadkach gdzie prócz natychmiastowego działania osiągnąć chcemy działanie przedłużone (na godziny), zastrzyknąć oprócz tego olej kamforowy.

Casopis lekaru ceskych.

Nr. 37. z 12. IX. 1925.

Dr. J. Ortyńsky: *Przewlekłe zapalenie nerek kombinowane z gruźlicą nadnerczy i narządu moczo-płciowego.*

Dr. Emerich Polák: *Kilka doświadczeń z okołotętnicową sympathektomią.*

Dr. Vladimir Hlavacek: *Przyczynek do etjologji promienicy języka.*

Prof. Dr. Ant. Heveroch: *Kilka słów do sporu o chorobie mistrza Fryderyka Smetany.*

Nr. 38 z 19. IX. 1925.

Dr. A. Taterowa i Muc J. Serf: *Ciśnienie żylne. Znaczenie reakcji Fahrensa w rozpoznawaniu chorób chirurgicznych.*

Dr. S. Skalnik: *Uwagi do rozpoznawania immunobiologicznego gruźlicy w wiek udziecięcym metodą Pirqueta.*

Prof. Dr. Rudolf Kimle: *Kilka uwag do prac Gye-Bernard'a nad etjologją złośliwych guzów.*

Przegląd czeskiej literatury mikrobiologicznej.

Nr. 39 z 26. IX. 1925.

G. Müller: *Pozostałość kloaki i przewodu Wolffa w okolicy pęcherza moczowego.*

Doc. Dr. V. Jeedlicka i Dr. K. Henner: *I. Ataksja Friedreicha z fleksyjną paraplegją. II. Kliniczny syndrom ataksji Friedreicha z odosobnioną zatratą pobudliwości przedsionkowej.*

Dr. Vladimir Novak: *O zwężeniu dwunastnicy skutkiem okołojelitowych zrostów.*

Dr. Skalnik: *Uwagi do rozpoznawania immunobiologicznego gruźlicy w wieku dziecięcym metodą Pirquet'a.*

Dr. Horalek: *Promienica narządu płciowego, zwłaszcza jajnika.*

Prof. Dr. Rudolf Kimle: *Kilka uwag do prac Gye-Bernarda nad etjologją złośliwych guzów.*

Dr. Eugen Kliment: *Przyczynek do terapji choroby Basedowa.*

Nr. 41. z 10. X. 1925.

Dr. Vladimir Berezownik: *Studja doświadczalne nad powstawaniem i wzrostem ciał wolnych w stawach.*

Dr. Vladimir Dworski: *Przyczynek do rozpoznawania gruźlicy gruczołów oskrzelowych i płuc u dzieci w wieku szkolnym.*

Dr. Gustaw Berale: *Odczyn Wassermanna w ciąży, w czasie porodu i w połogu.*

Dr. Ig. Stretil: *O leczeniu roentgenem gruźlicy otrzewnej.*

Dr. Frant. Horalek: *Dwumiesięczny prosopothoracoomphalopagus!*

M. U. C. F. Karasek: *Wpływ insuliny na skurcze wywołane strychniną.*

Nr. 42. z 17. X. 1925

Docent Dr. Kerch Neuwirt: *Wśródpęcherzowe usuwanie kamieni tkwiących w dolnej części moczowodów.*

Dr. V. Vejdowsky: *Guz przysadki mózgowej w czasie ciąży.*

Dr. Vladimir Novak: *Przewlekłe zwężenie dwunastnicy przy opadnięciu jelit.*

Dr. Ivo Macele: *Lipaza we krwi a tłuszczowe nacieczenie wątroby przy doświadczalnej cukrzycy u psów.*

Idem: *Studja doświadczalne nad działaniem trypsyny na insulinę.*

Dr. Otokar Janota: *7 lat trwająca samowolna przerwa paraliżu postępowego ze stale dodatniemi odczynami biologicznemi we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym.*

Dr. Em. Rychlik: *Nowa metoda leczenia tężca.*

Nr. 43 z 24. X. 1925.

Prof. Dr. Fr. Berka: *Hypnoza a zbrodnia.*

Dr. Vaclav Rubeska i Dr. Vaclav Kaś: *O oznakach określających donoszenie i niedonoszenie płodu.*

Prym. Dr. Haim: *O resekcji wątroby przy złośliwych guzach.*

Dr. Ivo Maćele: *O wpływie jodu na cielesny i płciowy rozwój szczurów.*

Idem: *Skurcze po insulinie, a sporządzanie nowej insuliny nie powodującej skurczów.*

Dr. M. Remeś: *Asthenia retinae.*

Dr. Arnost Mladek: *Wniosek na biologiczne wyprobowywanie preparatów salvarsanu.*

Nr. 44. z 31. X. 1925.

Dr. Pelikan: *Kilka doświadczeń z wojny światowej o wpływie przeziębienia.*

Docent Dr. Arnold Jirések: *Niektóre następowe objawy występujące po usunięciu szyjnego nerwu współczulnego.*

Dr. F. W. Novak: *Leczenie radem raka przełyku.*

Dr. J. Stolz: *Aglutynacja przy durze brzusznym a bakterjofagi.*

Dr. Ferdynand Hausmann: *Naskórne leczenie gruźlicy ektabiną.*

Dr. K. Urbanek: *Metody oczyszczania szczepionki przeciwospowej.*

Nr. 45. z 7. XI. 1925.

Dr. Józef Rejsch: *Odruchowe rozszerzanie górnych dróg oddechowych.*

Dr. Fr. Horalek: *Gruźlica łożyska.*

Prym. Dr. Kundrac: *Ucisk przewodu żółciowego gruźliczemi gruczołami.*

Dr. J. Stolz: *O bakterjologicznych witaminach.*

Dr. V. Podrowick: *Chemja fizykalna najżywotniejszych czynności ustroju.*

Dr. Adolf Meśka: *Bizmut w leczeniu kiły.*

Nr. 46. z 14. XI. 1925.

Dr. Klement Weber: *Patologja nocy.*

Doc. Dr. Neuwirth: *Znaczenie czynnościowego badania nerek w chirurgji.*

Dr. Tom. Hegner: *Sądowy przypadek hebephrenii.*

Dr. Petlach: *Przeciwzapalne działanie kamfory.*

Dr. J. Grosdemowicz: *Migrena, jej istota i etjologja.*

Nr. 47. z 21. XI. 1925.

J. Pelnar: *Padaczka z myoklonją.*

Vlad. Vondracek: *Fetyszyzm.*

Dr. V. Zoubek: *Wpływ kąpieli hydroelektrycznych na ciśnienie krwi.*

Dr. Tichy: *Herpes zooster epidemicus.*

Nr. 48. z 28. XI. 1925.

Dr. Janota: *Próby wywołania epileptycznych i histerycznych napadów z kilkuminutowem, głębokiem oddechaniem.*

Dr. Gjuric: *Cukier u diabetyków w krwi tętniczej i żylnej.*

Dr. Berta: *O operatywnem leczeniu zesztywnienia stawu biodrowego.*

Nr. 49. z 5. XII. 1925

Prof. Dr. A. Ostrcil: *Pokaz przypadku podskórnego przecięcia spojenia łonowego.*

Dr. Saidl Josef: *Forceps Tarnier-Kidlaned-Demelin.*

Prof. Dr. Pelnar: *Hemibubarne syndromy. Syndrom Brown-Sequard'a z nawrotami, czkawka i porażeniem ukl. współczulnego; ognisko w rdzeniu przedl. czy też w rdzeniu przedl. i szyjnym? Zaczynający się tabes.*

Nr. 50 z 12. XII. 1925.

Dr. Ferd. Tomanek: *O profilaktycznem naświetlaniu raka piersiowego.*

Dr. Bohumir Rejsek: *O patogenezie lymphangioma circumscriptum.*

Nr. 51. z 19. XII. 1925.

Dr. Vladimir Brezownik: *Wpływ narkozy i operacji na utlenienie tkanek.*

Dr. Maria Springlova: *Wynik drobnowidowego badania w 2 przypadkach młodzieńczego postępowego paraliżu.*

Muc. F. Karesch: *Wpływ insuliny na czynność mięśni.*

Nr. 52. z 26. XII. 1925.

Dr. Jar. Stuchlik: *Przypadek kiły mózgowej przebiegający pod obrazem padaczki.*

Dr. A. Baliut: *Nasze doświadczenia o leczeniu postępowego paraliżu malarją.*

Dr. G. Simećek: *Niektóre rozwojowe anomalje ze stanowiska rozpoznania i zdolności życiowej noworodka.*

Dr. Schneck (Lwów).

Bulletins et Mémoires de la Société Med. des Hôpitaux de Paris.

Nr. 33. rok 1925.

Marinesco: *Przyczynek do patogenezy myastenji.* Autor opisuje 2 przypadki ciężkiej myastenji, w których osiagnął całkowite wyleczenie wzgl. znaczną poprawę po stosowaniu preparatów z nadnerczy. Głównym czynnikiem, powodującym myastenję jest niedomoga układu nadnerczowo-sympatycznego. U obu chorych autor stwierdził szereg objawów niedomogi nadnerczy. Głównie jednak opiera się na opisanym przez siebie objawie, który nazwał inwerzją odczynu naczyniowo-ruchowego mięśni: jest to rozszerzenie naczyń podczas skurczu dowolnego mięśnia zamiast prawidłowego ich zwężenia. Nieprawidłowy ten odczyn ma powodować zaburzenia w koncentracji jonów H. we włókienkach mięsnych, co powoduje ich uszkodzenie.

Nr. 34, rok 1925.

Lers, Layani, Pottier: *Ostéo-artropathie hypertrophiante pneumique.* Chory, w którego narządach wewn. poza nieznaczną rozedmą nie stwierdzono nic nieprawidłowego, wykazuje znaczne zgrubienie i zniekształcenie dolnych nasad kości przedramion i podudzi oraz znaczne i równomierne zgrubienie wszystkich palców ze znacznie wydłużonemi paznogciami. Odcinki schorzałe są niebolesne, ruchy ich upośledzone. Łuk żebrowy lewy znacznie wywinięty. Przed 5-a laty chory, wskutek spadnięcia z nieznacznej wysokości, uległ złamaniu szyjki kości biodrowej oraz kości promieniowej. Autor rozpoznaje *ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique.* Jest to jednak przypadek nietypowy, gdyż brak tu bolesności odcinków schorzałych oraz ograniczenia ich ruchów, brak pałeczkowatego zgrubienia palców oraz poważniejszych zmian w płucach.

Badanie radiologiczne wykazało: 1) warstwę tkanki kostnej, wychodzącej z okostnej i pokrywającej nasady oraz częściowo trzony kości długich; autor nazywa tę sprawę *ostéite engainante;* 2) znaczne rozrzedzenie całego układu kostnego, nie wyłączając kręgosłupa, czem się tłumaczy łatwość złamań oraz zniekształcenia kośćca. Autor dochodzi do wniosku, że zaburzenia czynnościowe nie są objawem niezodzownym do rozpoznania *ostéo-artropathie,* że sprawa zapalna wytwórcza *(ostéite engainante)* nie dotyczy wyłącznie, jak dawniej sądzono, nasad, lecz przechodzi zawsze również na trzony, że zaburzenia w narządach klatki piersiowej nie mają większego wpływu na powstawanie omawianej sprawy chorobowej.

Te ostatnie mają wpływ decydujący na powstawanie t. zw. palca Hipokratesa, charakteryzującego się zgrubieniem części miękkich ostatnich falang bez jakichkolwiek zmian w tkance kostnej; t. zw. palec Hippokratesa powstaje skutkiem zaburzeń naczyniowo-ruchowych i nierzadko się cofa, podczas gdy *ostéo-artropathie* jest sprawą wybitnie kostną i ustępuje b. rzadko.

Frankenberg (Warszawa).

Acta Oto-Lar.

1925. Vol. VII. F. 4.

G. Holmgren: *O chirurgicznem leczeniu nowotworów złośliwych szczęki górnej.* W nowotworach złośliwych szczęki górnej autor stosował leczenie chirurgiczne, kaustyczne, wreszcie od r. 1922 diatermję. Autor podaje szczegółowo metodę operacyjną zapomocą diatermji. Autor zadowolony jest z tej metody, wykazując jej zalety: 1) ze względów kosmetycznych, w przypadkach, gdzie skóra twarzy nie dotkniętą jest procesem, 2) ze względu na mniejsze niebezpieczeństwo przeszczepienia nowotworu na zdrową tkankę, 3) na minimalne krwawienia, 4) na łatwość usuwania tym sposobem nowotworów kości sitowej i jamy klinowej, wreszcie 5) na łatwość leczenia następczego.

Wąsowski.

La Clinique Ophtalmologique.

Styczeń 1926.

Wallart: *Rokowanie w leczeniu zeza zbieżnego hypermetropicznego.* Z obszernego materjału 400 przypadków wyciąga autor wnioski, co do wyleczalności zeza, i to przy leczeniu przedewszystkiem zachowawczem, w zależności od takich czynników jak wiek, czas ukazania się zeza, przyczyny ogólne (n. p. konwulsje, odra, dziedziczność neuropatyczna). Z czynników lokalnych bierze pod uwagę refrakcję (hipermetropia, astygmatyzm, anizometropia) bystrość oka chorego i zdrowego, plamki rogówkowe. Leczenie zachowawcze polegające na atropinizowaniu i zasłanianiu oka zdrowego, obok korrekcji wady refrakcji, ma na celu przywrócenie funkcji oka zezującego. Przy takiem postępowaniu bystrość tego oka znacznie się poprawia, o ile tylko nie popadło ono w amblyopię. Leczenie takie trwa długo i wiele wymaga od pacjenta wzgl. jego otoczenia. Jeżeli przy tem przystkiem zez nie znika stosuje autor zabieg operacyjny: tenotomję na oku chorem lub też zdrowem, w razie szczególnych wskazań. Zabieg przyspiesza powrót widzenia obuocznego, a sam przez się może polepszyć wzrok oka zezującego.

Momentem, który daje dobre rokowanie przy zezie hipermetropicznym jest równa bystrość na obu oczach, lub potrzeba słabej korrelacji, aby osiągnąć końcową bystrość wzroku. Zez astygmatyczny rokuje źle co do wzroku jeżeli bystrość oka zezującego jest poniżej 0,1, a zdrowego poniżej 0,3, dobrze, jeżeli obie bystrości, chociażby niskie, są równe. Rokowanie co do wyniku kosmetycznego jest dobre, bo zez taki samoistnie znika między 11, a 16 rokiem życia. Tenotomja jest tu bez korzyści. Przy zezie naprzemiennem, gdzie przyczyną prawdopodobnie jest brak współdziałania ośrodków psychicznych, a oczy są w przybliżeniu równe, dobre wyniki daje leczenie zachowawcze. Gdy ono nie skutkuje, poleca autor tenotomję na oku gorszem lub bardziej zboczonem. Przy zezie okresowym pierwszeństwo ma leczenie zachowawcze. Zez przy anizometropji rokuje zmiennie: być może, że pod anizometropją kryją się inne przyczyny. Zez przy plamkach rogówkowych rokuje zależnie od ich wyleczalności co do poprawy wzroku; zato tenotomja daje zawsze dobry wynik kosmetyczny.

Z przyczyn ogólnych konwulsje dziecięce dają niestałe rokowanie, zależnie w jakim stopniu uszkodziły aparat wzrokowy centralny lub obwodowy. Odra jako przyczyna zeza obciąża rokowanie poważnie, podobnie neuropatja nabyta lub dziedziczna.

Gérard i Detroy: *Z powodu dwóch przypadków nowotworów śródocznych: glejak siatkówki; mięsak naczyniówki.* Autorzy zwracają uwagę lekarzy-praktyków na konieczność rachowania się z nowotworami oka.

La Barre: *Działanie adrenaliny na mechanizm krzepnienia krwi.* Adrenalina dodana *in vitro* do osocza krwi odwapnionej, nie przyśpiesza krzepnienia przy powrotnem uwapnianiu osocza. Przeciwnie, w doświadczeniach *in vivo* na psie stwierdził autor przyśpieszenie krzepnięcia krwi po śródżylnem wstrzyknięciu adrenaliny w dawkach średnich (0,025—0,050 mgr na 1 kg). Dawki bardzo duże zbliżone do śmiertelnych hamowały proces krzepnienia. Według teorji Bordet-Delange proces krzepnienia krwi przebiega następująco: 1) We krwi krążący proserozym w zetknięciu z ciałami obcemi w obecności soli wapnia zamienia się na czynny serozym, który 2) łącząc się z cytozymem dostarczonym przez płytki krwi i soki tkankowe daje trombinę, a ta 3) reagując z fibrynogenem tworzy włóknik. Otóż opierając się na tych koncepcjach wykazał autor wpływ adrenaliny na pierwszą i drugą fazę. Co do trzeciej fazy, to dodanie roztworu trombiny do osocza normalnego, czy do osocza po adrenalinie, nie wykazuje żadnej różnicy. Wpływ hamujący bardzo wysokich dawek adrenaliny tłumaczy się wzmożeniem antytrombiny we krwi.

Luty 1926.

A b a d i e, L a c a t i Y o y o t t e: *Zupełne oślepnięcie w następstwie meningitis serosa.* U 22-letniej kobiety w przebiegu grypy przyszło nagle do zupełnej utraty poczucia światła na obu oczach. Na dnie oczu stwierdzono tylko jakby lekką mgiełkę, przykrywającą naczynia i tarczę, poza tem dno prawidłowe. To przemawia za lekkim obrzękiem siatkówki. Objawów meningealnych żadnych. Mimo tego wykonano nakłucie lędźwiowe i wypuszczono ok. 40 ccm płynu, wychodzącego pod wzmożonem ciśnieniem, ze zwiększoną ilością białka. W 4 godz. po zabiegu chora zaczęła liczyć palce; w przeciągu miesiąca przy wcierkach rtęciowych wzrok powrócił do normy.

Autorzy tłumaczą ten przypadek nie tyle zapaleniem opon, ile stanem przekrwienia ich i wzmożonem wydzielaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Płyn ten wzdłuż osłonek nerwów wzrokowych przesączał się aż do torebki Tenona, stąd do przestrzeni nadnaczyniówkowej, wywołując w następstwie obrzęk siatkówki.

E l e w a u t: *Z powodu trzech przypadków keratomalacji.*

C a z a l i s: *Tuberkulina w lecznictwie ocznem.* (10 spostrzeżeń). Osiągnąwszy bardzo pomyślne wyniki przy różnych postaciach gruźlicy oka, tam gdzie wyczerpał już przedtem wszelkie inne środki, autor stwierdza, że tuberkulina najwięcej znaczenia zachowała w okulistyce i nie zasługuje na to, by o niej zapomniano.

Marzec 1926.

G é r a r d: Z *powodu podspojówkowej przepukliny tłuszczowej.* U osobnika 42 l. bardzo otyłego (108 kg), wytworzył się guzek wielkości migdałka, leżący w dolno-zewnętrznej części gałki, lecz z podstawą poza nią. Ponieważ robiło to wrażenie jakiegoś dobrotliwego nowotworu, przystąpił autor do wyłuszczenia guzka; atoli okazał się on tkanką tłuszczową wypuklającą się z oczodołu. Mechanizm tej przepukliny tłumaczy autor stosunkami anatomicznemi wykazanemi przez Charpy'ego. Otóż normalnie istnieją wypustki tkanki tłuszczowej oczodołu, wysuwające się przez 5 naturalnych otworów (3 powyżej gałki, 2 poniżej) i tworzące głęboką warstwę tłuszczową powiek. W przypadku opisanym, wobec ogólnego otłuszczenia przyszło do powiększenia tkanki tłuszczowej oczodołu (lekki wytrzeszcz gałek!) i do wypuklenia się częściowego tejże przez dolno-zewnętrzny otwór, znajdujący się między wypustkami ścięgnistemi mięśnia skośnego dolnego do dna oczodołu, a dolnym brzegiem więzadła powiekowego zewnętrznego. Wypukliwszy się, tkanka tłuszczowa dalej się rozrasta.

G é r a r d: *Obustronne zapalenie nerwu wzrokowego, wraz z rozlanemi ogniskami chorioidealnemi pochodzenia grypowego.* Wobec panującej epidemji grypy z nietypowemi objawami autor przyjmuje etjologię grypową tych zmian ocznych u 16-letniej dziewczyny, ale przy dość niewyraźnych objawach ogólnych: bole głowy, wymioty, zaparcie, obrzęki nóg, nieco białka w moczu. Przypadek skończył się śmiertelnie po 10 dniach.

J a c q u e a u i B u j a d o u x. *Znieczulenie pozagałkowe przy operacji zaćmy.* Metoda bardzo prosta; po zwyczajnem znieczuleniu spojówkowem, wkłuwa się cieniutką igiełkę dług. 2 cm w dolnozewnętrzną część oczodołu do głębokości ok. 2 cm, trzymając się dolnej ściany oczodołu i wstrzykując ostrożnie 1 ccm jakiegoś płynu znieczulającego. Po 5 min. otrzymuje się zupełne zwiotczenie, nieruchomość i pacjent nie niereaguje nawet przy wycięciu tęczówki, ale na polecenie może wykonywać wszelkie ruchy gałki. Autorzy polecają ten sposób u chorych niespokojnych (u nich można dodać znieczulenie powiek i zblokowanie nerwu twarzowego), a przedewszystkiem u chorych pozornie zrównoważonych, lecz u których nerwy w krytycznym momencie mogą wymówić posłuszeństwa i może łatwo przyjść do utraty ciałka szklistego, nawet bez skurczu powiek, lecz jedynie wskutek nagłego przekrwienia naczyń oka, w następstwie ogólnego podniesienia parcia krwi. Sposób ten odda dobre usługi także tam wszędzie, gdzie zmienione stosunki anatomiczne grożą powikłaniami.

Z przypadłości podczas zabiegu możliwem jest teoretycznie powstanie krwotoku śródoczodołowego, przed czem można się zabezpieczyć trzymając się techniki podanej.

L a b r é i L a v a g n a t. *Zmiany w równowadze humoralnej ośrodków oka w przebiegu zaćmy.* Stężenie wodorowe ośrodków płynnych oka odznacza się wielką stałością, co ma wielkie znaczenie dla soczewki, odżywiającej się ich kosztem. Ciała chemiczne, które mogą zaburzyć równowagę jonów w organizmie, nie zmieniają jej w płynach oka, tymczasem pewne substancje trujące dla soczewki (np. naftalina), zmieniają równowagę jonów w oku. Stąd pytanie, czy i samoistnym kataraktom nie towarzyszą zmiany w stężeniu jonów wodorowych? Autorzy starali się rozstrzygnąć tę kwestję na oczach końskich, jako że u tych zwierząt u których występują często samoistne zaćmy. W godz. po zabiciu wydobywano gałki oczne, zapomocą nakłucia wypuszczano płyn wodny i ciałko szkliste, wydobywano soczewkę i wyciągano ją fizjologicznym roztworem soli. Wskaźnik PH oznaczano kolorymetrycznie. Okazało się, że w oczach normalnych PH płynu wodnego wynosi średnio 7,31, ciałka szklistego 7,44 a soczewki młodej 7,55 starej 7,63. Soczewka więc okazuje się bardziej alkaliczną jak płyny, podobnie zresztą jak i wszystkie tkanki ustroju. W warunkach patologicznych zaćmy rozwinięte okazują znaczne wahania wskaźnika PH, a średnio obniżenie do 6,62. (Wskaźnik wzrasta przy kataraktach starych, zwyrodniałych lub ulegających resorbcji). Soczewka zaćmiona zachowuje się więc identycznie jak każda tkanka obumierająca, gdzie wskutek autolizy przychodzi do zwiększenia kwasoty. Zaćmienie włókien soczewki jest uwarunkowane stanem acidozy lokalnej. Może tem da się tłumaczyć powstanie zaćmy w chorobach przebiegających z kwasicą, może wreszcie na podstawie tych faktów uda się wpłynąć na przebieg zaćmy zapomocą jakichś środków, mogących zmienić równowagę jonów w płynach oka?

J. Grzędzielski (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny lekarskie: Rocznik XXXVIII. zeszyt 9. z 1 maja 1926: Miecz. J a s i ń s k i: Badanie lampą szczelinową Gullstranda zmian, powstałych w soczewce oka, wskutek rażenia piorunem i t. d. — A. L a s k i e w i c z: Ostre i przewlekłe zapalenie migdałków w świetle badań lat ostatnich. — W. M e d y ń s k i: O pewnej odmianie złudzenia.

Przegląd antropologiczny: Tom I. zeszyt 1., jako bezpłatny dodatek do Nr. 9. Nowin lekarskich z r. 1926. — A. W r z o s e k: Zadania współczesnej antropologji. — J. T a l k o-H r y n c e w i c z: Badania oprawy oka. — St. K l i m e k: O czaszkach praskich z XVIII. wieku. — A. W r z o s e k: Częstość tętna u ludzi zdrowych.

Wiadomości farmaceutyczne: Rok LIII. zeszyt 18 z 2 maja 1926. St. W e i l: Wpływ chemji organicznej na rozwój farmacji. — Pharmacopea svecica ed. X. — Rozporządzenia i okólniki. — Sprawy zawodowe.

Warszawskie czasopismo lekarskie Rok III. zeszyt 4 z 30 kwietnia 1926. L. J u s t m a n: Patogeneza i leczenie stanów zapalnych dróg żółciowych. — G. P o r t m a n n: Tonsillektomja całkowita. — K. D ł u s k i: Przyczynek do nauki o odmie sztucznej (dok.). — B. J o c h w e d s: Gospodarka wodna a układ siateczkowo-śródbłonkowy. — S. F r a n k: O wziernikowaniu żołądka. — S. T e n e n b a u m: O często zapominanym objawie początkowym okresów gruźlicy płuc. — A. W. K a p ł a n: Wzmożenie samoistne ciśnienia tętniczego, a choroba Brighta. — M. G a n t z: Dotychczasowe wyniki stosowania sanokryzyny Möllgarda w gruźlicy (Streszcz. zbior.). — M. F e j g i n: Żelatyna jako pomocniczy czynnik odżywczy (Streszcz. zbior.). — G. R a c i ą ż e k: Z nowszego piśmiennictwa o rozpoznawaniu choroby Basedowa (Streszcz. zbior.). — L. Z a m e n h o f: Zdrojowiska a kryzys ekonomiczny. — K. M a r c i n o w s k i: Organizacja służby zdrowia w Polsce po zniesieniu Ministerstwa zdrowia publicznego.

Neurologja Polska: Tom VIII, zeszyt III i IV. z r. 1925. — S. P i e ń k o w s k i: Wspomnienie o J. M. Charcot. — K. O r z e c h o w s k i i Ł. F r e y: Zmiany anatomiczne w chorobie Charcota. — S. P i e ń k o w s k i: Wartość badań Charcota nad zaburzeniami ruchowemi w biotermji dla patofizjologji ruchu w ogóle. — S. B o r o w i e c k i: Historja ze stanowiska myślenia pierwotnego. I. J a r k o w s k i: Rola Charcota w dziejach histerji. — T y c z k a: Encephalografia padaczkowców. — A. S i e d l e c k a: O wytwarzaniu się tkanki kostnej w mózgu. — B ł a c h o w s k i: Pierre Janet a behavioryzm. — I. K o l i c h e n: Zjazd neurologów w Paryżu ku uczczeniu setnej rocznicy urodzin Charcota. — Uroczystość Charcotowska kliniki neurologicznej Uniw. Warszawskiego.

Przemysł chemiczny. Rok X. Nr. 3—4 z marca i kwietnia 1926. A. H. K o s s: Nowe badania tłuszczów. — St. M i c e w i c z: O chloranach i nadchloranach kilku zasad otrzymywanych z cjanamidu wapnia (azotniaka). — I. H a w l i c z e k: Naukowa organizacja pracy w przemyśle chemicznym (dok).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. - ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie wyborcze dnia 5 stycznia 1926 r. Obecnych 70 czł.

Przewodniczący: Prezes Sawicki.

Sekretarz doroczny odczytał sprawozdanie z działalności naukowej T-wa w roku 1925.

Kol. Łapiński daje sprawozdanie ze Zjazdu lekarzy jugosłowiańskich w Dubrowniku we wrześniu 1925 r. i referuje projekt utworzenia wszechsłowiańskiego Związku lekarskiego.

Wyniki wyborów na urzędników T-wa oraz do komisji: na prezesa został wybrany prof. Bronisław Sawicki, na wiceprezesa — kol. Kazimierz Zieliński, na sekretarza dorocznego — kol. Tomasz Byszewski, na pomocnika sekretarza dorocznego — kol. Klemens Gerner. Do Zarządu — kol. Władysław Starkiewicz. Do Komisji rewizyjnej: kol. Marjan Rytko, Stanisław Gurbski i Stanisław Zembrzuski. Do Komitetu Kasy wsparć — kol. Aleksander Gruszczyński, Klemens Łazarowicz, Witold Szumlański, Gustaw Chodakowski, Antoni Krzyczkowski. Na członków czynnych T-wa przyjęci zostali: kol. Bohdanowiczówna Zofja, Bartoszek Tadeusz, von Hertz Włodzimierz, Grebel Franciszek, Kaczyński Antoni, Konopnicki Jan, Leyko Emil, Ławrynowicz Aleksander, Mikułowski Włodzimierz, Ozięblowski Julian, Petrynowski Marjan, Pieńkowski Stefan, Sikorski Henryk i Walc Jan.

T. Byszewski, sekretarz doroczny.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

V. Posiedzenie naukowe w dniu 19. lutego 1926 r.

Przewodniczący Kol. Grek, obecnych 96 członków.

1. Kol. Węgłowski przedstawił *dwa przypadki operowane z powodu zranienia rdzenia.* Urazy i zranienia rdzenia wywołują zawsze b. poważne kliniczne objawy. Przebieg cierpienia jest b. ciężki, wynik zaś leczenia operacyjnego, zastosowanego nawet w okresie bardzo wczesnym, po większej części bywa niepomyślny. Mówca operował dość dużo chorych z wszelkiego rodzaju urazami i zranieniami rdzenia, lecz, niestety, wyniki operacji po większej części były wątpliwe. Jeżeli po operacji następowało polepszenie, to jednak powrót do całkowitego zdrowia można było zanotować tylko w poszczególnych wyjątkowych przypadkach. Nie lepiej niestety sprawa stoi u innych chirurgów. Tak de Quervain zebrał w literaturze 218 przypadków, z których mniej więcej dobre wyniki odnotowuje tylko w 30 przypadkach, to zn. 13.8%. Nast-Kolb zaś na 55 laminektomij otrzymał 9 dobrych wyników, t. zn. 16%.

Składają się na to specjalne warunki anatomiczne rdzenia pacierzowego. Przedewszystkiem zawiera on w sobie na małej przestrzeni bardzo dużo przewodów nerwowych pomiędzy mózgowiem a częściami obwodowemi, wskutek czego nawet nieznaczne urazy wywołują duże objawy bezwładu. Poza tem jest on umieszczony w wązkim, ciasnym kanale, w którym niewielki odłamek kości albo ciało obce, bądź wreszcie nieznaczne zbiorowisko i skrzepy krwi wywołują ucisk na rdzeń z całkowitym lub częściowym bezwładem.

Mówca przedstawia 2 operowane przez niego przypadki, gdzie wyniki operacji były dość dobre.

I-szy przypadek dotyczy żołnierza, który był ranny w lipcu 1924 r. podczas manewrów. Ranny był 6-ma kulami z karabinu maszynowego w szyję i plecy. Leczył się w szpitalach wojskowych w Baranowicach, Brześciu i Warszawie. Zostały wyjęte 4 kule, kula zaś, tkwiąca w kręgosłupie szyjnym, była pozostawiona. Po zranieniu wystąpił niedowład prawej ręki i obu nóg. Chodzić nie mógł, nie mógł zatrzymać większej ilości moczu. Badanie pokazało zanik mięśni prawej ręki, znaczne osłabienie siły motorycznej, sinica ręki. Odruchy brzuszne, kolanowe i ze ścięgna Achillesa zniesione. Osłabienie czucia bolu obu dolnych kończyn.

Mięśnie wiotkie i w stanie wyraźnego zaniku. Badanie promieniami Roentgena wskazuje na odłamek metalowy, tkwiący pomiędzy II. a III. kręgiem szyjnym, połowa odłamka tkwi w kanale kręgowym. 11. XI. 1925. operacja. Mimo znacznych wysiłków nie udało się znaleźć odłamka pomiędzy wyrostkami poprzecznemi. Operację przedłużono w pokoju roentgenowskim. Okazało się, że odłamek tkwi cały w kanale kręgowym. Po nacięciu opony twardej — wylała się duża ilość płynu mózgowo-rdzeniowego pod znacznem ciśnieniem. Odłamek leżał w kanale, uciskając prawą stronę rdzenia. Odłamek usunięto, ranę zeszyto: założono mały szklany drenik. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Obecnie: chory czuje się całkiem dobrze: siła motoryczna oraz ruchy prawej ręki znacznie się poprawiły. Mocz oddaje dobrze. Chodzi bez laski. Odruchy brzuszne zniesione, brak odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa.

W tym przypadku pocisk bez wątpienia wywierał znaczny ucisk na rdzeń, a usunięcie ciała obcego przywróciło w znacznym stopniu czynność rdzenia.

II. przypadek jeszcze bardziej ciekawy: szereg. K. oglądając dnia 26. IX. 1925 pistolet Brauninga kal. 6.35, przez nieostrożność zranił się w okolicy mostka. W szpitalu w Stanisławowie stwierdzono porażenie obu kończyn, oraz zatrzymanie moczu i kału. Przeniesiony został do Lwowa, gdzie stwierdzono Roentgenem, że kula tkwi w kanale kręgowym, na wysokości XII. kręgu piersiowego. Wiotki bezwład obu kończyn. Brak wszelkich odruchów. B. słabe ruchy palców prawej stopy. Zniesienie czucia. Zatrzymanie moczu i stolca. Mimo mało pocieszającego stanu chorego zdecydował się mówca wykonać operację. 2. X. 1925. Laminektomja. Po usuniętu łuku 12-tego kręgu piersiowego nacięta opona twarda: kula tkwi w masie rdzenia. Po usunięciu kuli wypłynął mętny płyn. Założono szklany drenik. Rana zeszyta. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Już na 3-ci dzień chory zaczął oddawać sam kał i mocz, i pojawiły się ruchy w obu kończynach. Obecnie: ruchy kończyny prawej dolnej możliwe wszystkie, lewej — także, za wyjątkiem ruchu w stawie skokowym. Odruch kolanowy prawy wywołalny, lewy zniesiony. Siła motoryczna mięśni stale się wzmaga i obecnie chory może już chodzić, opierając się na kulach.

W tym przypadku objawy kliniczne po zranieniu były tak ciężkie, że przypadek można było zaliczyć śmiało do beznadziejnych. Jednakże usunięcie kuli, która wywierała znaczny ucisk na rdzeń, dało stosunkowo dobre wyniki.

Oba przedstawione przypadki świadczą niezbicie, że przy urazach i zranieniach rdzenia zawsze należy chorych poddać operacji; a przedewszystkiem dotyczy to obecności w kanale kręgowym ciał obcych, które mogą wywierać ucisk na rdzeń i po usunięciu których mogą zniknąć wszystkie te objawy uciskowe.

W dyskusji Kol. Rothfeld zapytuje się, dlaczego jest brak odruchów kolanowych i Achillesa w I-szym przypadku, zarazem zwraca uwagę, że przy uszkodzeniu szyjnej części rdzenia powinny być objawy spastyczne. Następnie zapytuje się, czy w II-im przypadku wystąpiły zaburzenia czuciowe.

W odpowiedzi Kol. Węgłowski wyjaśnia, że zaburzenia czuciowe są w prawej kończynie.

2. Kol. Leńko przedstawia: *a) przypadek kamicy pęcherzowej u 16 miesięcznego dziecka; b) przypadek niedorozwiniętej cewki podwójnej.*

3. Kol. Drezdnerówna przedstawia *przypadek choroby Hirschprunga,* operowany dwuczasowo.

4. Kol. Rothfeld omawia *odruchy szyjne, spostrzegane w dwóch przypadkach nowotworów móżdżka, sekcyjnie stwierdzonych.* Odruchy te odbiegały od zwykłego typu, spotykanego u człowieka w warunkach patologicznych. Przyczyną powstawania odruchów atypowych jest zdaniem mówcy zbyt wielkie napięcie mięśniowe kończyn. Uszkodzenie dróg piramidowych nie jest nieodzownym warunkiem dla powstawania odruchów szyjnych u człowieka. Mowca demonstruje omawiane odruchy na zdjęciach kinematograficznych.

5. Kol. Sochański wygłasza odczyt: *„Zjawiska akustyczne i ich znaczenie w medycynie wewnętrznej"* (Pol. Gaz. Lek. Nr. 7. i 8, 1926 r.).

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 13. stycznia 192 r.

I. Kol. Kalisz demonstruje mężczyznę, u którego wydobyto *z przełyku protezę zębową* przyrządem Graefe'ga. Obecnie chrypka wskutek nadtarcia strun głosowych. Należy przypuszczać, że chory uprzednio aspirował protezę i, wykszstusiwszy ją przy kaszlu, następnie połknął.

II. S. Skalski wygłosił odczyt: *„Typy lekarzy w pismach Stefana Żeromskiego".*

III. Wybory do Zarządu: Prezes: S. Sterling — Wiceprezes: J. Manteuffel — Sekretarze: H. Rueger i A. Tenenbaum — Skarbnik: T. Mogilnicki — Bibliotekarze: Z. Prechner i Z. Golc. — Komisja Rewizyjna: I. Perlis. A. Tenenbaum i Józef Michalski. Przez balotowanie przyjęto w poczet Członków Towarzystwa kolegów Neumarka, Żurkowskiego, Weinbergową i Bergmana.

SPRAWY ZAWODOWE.

Naczelna Izba lekarska.

Sprawozdanie z działalności za rok 1925.

Dokończenie.

Członek N. I. L. Dr. Garlicka przedstawiła umotywowane wnioski w sprawie zakładania żłóbków, oraz domu matki i dziecka jako wzoru dla mających powstać instytucji tego rodzaju. Przy domu matki i dziecka wnioskodawczyni proponuje otworzenie szkoły dla pielęgniarek, które będą pracowały w żłóbkach. Wniosek Dr. Garlickiej został przyjęty i przesłany do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, a odpis do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Członek N. I. L. Dr. Radziwiłłowicz przedstawił memorjał w sprawie ustawy psychjatrycznej, w sprawie ustawy o kosztach leczenia psychicznie chorych, w sprawie budowy szpitala psychjatrycznego na kresach, oraz w sprawie wykorzystania istniejących szpitali psychjatrycznych na Pomorzu i Górnym Śląsku dla leczenia psychicznie chorych. Memorjał Dr. Radziwiłłowicza przyjęto i przesłano Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i Komisji Sejmowej Zdrowia Publicznego.

Członek N. I. L. prof. Ciechanowski nadesłał szereg wniosków, mających na celu walkę z gruźlicą, jaglicą, chorobami wenerycznemi, zakaźnemi, alkoholizmem oraz wnioski w sprawach sanitarnych. Wnioski prof. Ciechanowskiego przesłano Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Wskutek odezwy Zarządu N. I. L. w sprawie współpracy izb z organami rządowemi i samorządowemi od izby Łódzkiej otrzymano pismo z zawiadomieniem, że Izba ta posiada swego przedstawiciela przy wydziale Zdrowotności Publicznej Magistratu m. Łodzi, i że Izba ta zwróciła się do Rady Wojewódzkiej z wnioskami o powołanie przedstawicieli Izby Łódzkiej.

Wreszcie otrzymano od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia zawiadomienie, że przewidziany jest udział Izb lekarskich w Państwowych i Wojewódzkich Radach Zdrowia.

W sprawie uchwały Izby Naczelnej N. 5 Przewodniczący Izby Naczelnej zwracał się do jednego z przedstawicieli Senatu z prośbą o zorganizowanie koła lekarzy Sejmu i Senatu. Okazało się, że próby w tym kierunku były już robione, lecz do pożądanego wyniku nie doprowadziły. Podjęcie nowych prób uznano za bezcelowe.

W sprawie uchwały Izby Naczelnej N. 6 co do nowelizacji ustawy o ubezpieczeniach społecznych, przedstawiciele Izby Naczelnej brali udział w konferencjach w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia dnia 30. IV. i 27. X. r. b. Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia w osobie swych przedstawicieli wypowiedziała się przeciwko wolnemu wyborowi lekarza w Kasach Chorych, ale za ustaleniem górnej granicy dochodów dla członków Kas Chorych na 420 złotych miesięcznie. Przedstawiciele Izby Naczelnej brali również udział w konferencji w sprawie ubezpieczeń społecznych w Centralnym Związku Polskiego Przemysłu, Handlu i Finansów (Lewiatan) w dniu 12. XI. r. b. Konferencja ta miała jednakże przeważnie charakter informacyjny. We wszystkich tych konferencjach przedstawiciele Izby Naczelnej podtrzymywali swój projekt nowelizacji złożony Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia w roku ubiegłym.

W celu zrealizowania uchwały Izby Naczelnej N. 10 w sprawie ubezpieczeń społecznych, Zarząd powołał komisję pod przewodnictwem członka Zarządu Dr. Guranowskiego i w osobach Dr. J. Zawadzkiego, Dr. Luxenburga i Dr. Muttermilcha.

Nadsyłane Zarządowi projekty ubezpieczeń społecznych, a głównie projekty członka Izby Naczelnej Dr. Wrześniowskiego, przekazane zostały komisji do rozpatrzenia. Komisja nie zdołała dotąd opracować projektu ubezpieczeń, obejmujących cały stan lekarski. Referat w tej sprawie, opracowany przez Dr. Muttermilcha, przedstawiony będzie na posiedzeniu Izby Naczelnej. Z uznaniem natomiast stwierdzić należy fakt, doniosły, że w roku sprawozdawczym powstały 2 instytucje ubezpieczeniowe terytorjalne, mianowicie: K a s a P o m. K o l e ż e ń s k i e j I z b y L u b e l s k i e j i K a s a P o g r z e b o w a I z b y W a r s z a w s k o - B i a ł o s t o c k i e j. Statuty tych instytucji zatwierdzone zostały przez Izbę Naczelną. Nadto zatwierdzony został regulamin Kasy pensyjnej Izby Lwowskiej.

W celu wykonania uchwały Izby Naczelnej N. 11 co do zorganizowania biura pośrednictwa pracy powołano komisję, składającą się z Dr. Garlickiej, Dr. Muttermilcha i Dr. Szczedrowskiej pod przewodnictwem członka Zarządu Dr. Guranowskiego. Komisja natknęła się na nieprzezwyciężone trudności wobec niezorganizowania biur terytorjalnych pośrednictwa pracy w tych Izbach, w których zapotrzebowanie lekarzy jest jeszcze względnie największe. Wobec tego Zarząd N. I. L. zwrócił się do wszystkich Izb z zapytaniem, czy są biura pośrednictwa pracy przy Izbach i jak są zorganizowane. Biura terytorjalne powinny być podstawą działalności instytucji centralnej. Rozpoczęto natomiast pracę co do przygotowania graficznej i topograficznej mapy obecnego rozmieszczenia lekarzy na całem terytorjum Państwa i mapa taka przedstawiona będzie Naczelnej Izbie Lekarskiej. Przygotowanie planowej i celowej sieci rozmieszczenia lekarzy ogólno praktykujących i specjalistów będzie zadaniem następnej Izby Naczelnej.

Wreszcie w sprawie ostatniej uchwały Izby Naczelnej N. 12, mianowicie w sprawie emerytur dla rodzin lekarzy, poległych w walce z epidemjami, Przewodniczący N. I. L. na konferencji z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia otrzymał wyjaśnienie, że sprawa ta jest już rozstrzygnięta i w poszczególnych przypadkach urzędy Generalnej Dyrekcji udzielać będą informacji.

Przechodząc do spraw bieżących, przedewszystkiem wspomnieć należy o czynności Zarządu, związanej z organizacjami poszczególnych Izb lekarskich, Zarząd rozpatrzył i zatwierdził następujące regulaminy: regulamin Izby Lwowskiej, regulamin Izby Poznańsko-Pomorskiej, regulamin Izby Warszawsko-Białostockiej i wreszcie regulamin wyborów do Rady Izby Łódzkiej. Regulamin Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej ogłoszony został przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w oddzielnem rozporządzeniu dopiero 18 maja r. b. i tem się tłumaczy opóźnione rozpoczęcie działalności Sądu Izby Naczelnej.

W sprawie Izby Wileńsko-Nowogrodzkiej, Zarząd rozpatrzył projekt rozporządzenia Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia o utworzeniu Izby Lekarskiej w Wilnie i wyraził swą zgodę na połączenie obszarów Okręgu administracyjnego Wileńskiego i Województwa Nowogrodzkiego w jedną Izbę Lekarską.

Zarząd rozpatrzył i zatwierdził zaprojektowaną przez Izbę Lubelską zmianę artykułów 31 i 44 regulaminu Izby Lubelskiej. Zmiana dotyczyła powiększenia liczby członków Zarządu Izby Lubelskiej i powiększenia składu Sądu tej Izby. Motywami do zmiany wymienionych artykułów regulaminu było powiększenie zakresu obowiązków członków Zarządu (Zarząd Izby jest zarazem Zarządem Kasy Pomocy Koleżeńskiej) i potrzeba utworzenia jeszcze jednego kompletu sędziów.

Na przedstawienie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia Zarząd N. I. L. rozpatrzył projekty Ustawy aptekarskiej, ustawy dentystycznej i ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych. W celu rzeczowej oceny wymienionych projektów ustaw Zarząd powoływał komisje z osób kompetentnych, zasięgał zdania swego radcy prawnego w sprawach natury prawnej, i na podstawie otrzymanych tą drogą materjałów dokonano oceny projektów ustaw i ocenę tę przesłano Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Na prośbę Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej przedstawił swoje stanowisko w sprawie obrony adwokackiej w Sądach Izb Lekarskich. Sprawa ta wynikła z powodu zażalenia Lwowskiej Izby Lekarskiej przez sąd Izby Lwowskiej, że oskarżony może wybierać obrońcę tylko z pośród członków Izby Lekarskiej, oraz z powodu zażalenia adwokata Dr. Chmurskiego na niedopuszczenie go do obrony swego klijenta w Sądzie Naczelnej Izby Lekarskiej na podstawie regulaminu Sądu Izby Naczelnej. Ministerstwo Sprawiedliwości wypowiedziało opinję że ustawa o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich nie ogranicza oskarżonego, z pośród jakich osób ma on prawo wybrać sobie obrońcę, a więc że regulamin Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, zarówno jak i interpretacja art. 38 Ustawy przez Izbę Lwowską nie są pod tym względem zgodne z prawem.

W sprawie obrony adwokackiej w sądach izb lekarskich Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zaznaczył już swoje stanowisko przy układaniu projektu regulaminu Sądu Izby Naczelnej. Na podstawie tego regulaminu oskarżonemu przysługuje prawo wyboru obrońcy tylko z pośród członków Izb Lekarskich. Sądy Izb Lekarskich rozstrzygają li tylko sprawy zawodowe lekarskie. W sprawach etyki lekarskiej, w sprawach strzeżenia praw godności i sumienności stanu lekarskiego osobą najbardziej kompetentną zawsze będzie lekarz. Nawet w sądach państwowych w sprawach tego rodzaju powoływani są jako eksperci lekarze i głos ich w tych razach jest najczęściej dla sądów miarodajny. Jeżeli w toku dochodzenia okaże się, że zachodzi czyn, podlegający z urzędu ściganiu karno-sądowemu, sąd Izby Lekarskiej uczyni doniesienie do właściwych władz sądowych (art. 39), a postępowanie swoje wstrzymuje. Wtedy dopiero obowiązują ustawy sądowe ogólno-państwowe z ogólno państwowym aparatem sądowym, jak prokuratorja i obrona zawodowa. Z tego wynika, że prawodawca ściśle odróżnia w Ustawie o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich sprawy czysto zawodowe od spraw ogólno państwowych. Ten pogląd zaważył przy układaniu regulaminu Sądu Izby Naczelnej odnośnie interpretowania art. 38 Ustawy i re-

gulamin ten na wniosek Izby Naczelnej Minister Spraw Wewnętrznych ustalił w oddzielnem rozporządzeniu.

Przedstawiony tu pogląd Izby Naczelnej zakomunikowany został Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. Sprawa ta prawdopodobnie będzie ostatecznie rozstrzygnięta przez Najwyższy Trybunał Administracyjny.

W poruszonej przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia sprawie spółek lekarskich dla dostarczania adresów chorym otrzymano ostatecznie również od Generalnej Dyrekcji wyjaśnienie, że spółki takie, nie mając charakteru stowarzyszeń, są spółkami prawa cywilnego, i dlatego niema podstaw prawnych do ich rozwiązania. Wobec tego jedynie Izba Lekarska może wystąpić przeciwko lekarzom, którzy spółkę zawiązali, ze względów etyki lekarskiej. Odpis tego wyjaśnienia przesłano wszystkim Izbom lekarskim.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano odpis okólników do wszystkich Wojewodów, ażeby urzędy Wojewódzkie po otrzymaniu zawiadomienia o zmianie adresów poszczególnych lekarzy, a także o przybyciu nowego lekarza na obszar województwa i opuszczeniu obszaru województwa przez lekarza, zawiadamiały o tem poszczególne izby. Na zapytanie Generalnej Dyrekcji, jaki sposób zawiadamiania izb lekarskich o zmianach adresów i składu osobistego lekarzy Naczelna Izba uznaje za odpowiedni, Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej wypowiedział się za zawiadamianiem miesięcznem.

Wymienione tu okólniki Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia przesłane zostały w odpisie wszystkim izbom.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie uchwały Izby Lwowskiej co do cennika poborów lekarskich, ogłoszonego przez Urząd Wojewódzki we Lwowie. Generalna Dyrekcja uchwałę Izby Lwowskiej uważa za sprzeczną z art. 21 Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej i prosi o zwrócenie na to uwagi Izby Lwowskiej. Podobne pismo otrzymano w sprawie cennika lekarskiego w Tarnopolu, nielegalnie, zdaniem Generalnej Dyrekcji, zatwierdzonego przez Izbę Lwowską. Odpisy obu tych pism przesłano Izbie Lwowskiej.

Wskutek ingerencji Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia co do wdrożenia postępowania dyscyplinarnego przeciwko dwóm lekarzom z Łodzi, którzy zostali skazani wyrokiem sądowym na grzywnę za niendzielenie pomocy lekarskiej chorej podczas stanu bezkontraktowego Kasy Chorych w Łodzi, Zarząd N. I. L. zwrócił się do Izby Łódzkiej z prośbą o nadesłanie wyjaśnień. Okazało się, że wyniki nie są jeszcze prawomocne, gdyż zgłoszone zostały skargi apelacyjne, a zatem ingerencja była przedwczesna.

Na prośbę Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia o dostarczenie adresów specjalistów do leczenia chorób zawodowych i wypadków nieszczęśliwych przy pracy w przemyśle, Zarząd N. I. L. na podstawie zebranych wiadomości ułożył listę wymienionych specjalistów i przesłał ją Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano wykaz specyfików farmaceutycznych i preparatów organoterapeutycznych z prośbą o przesłanie wykazu wszystkim Izbom Lekarskim. Prośbę tę uwzględniono oraz wystosowano do Generalnej Dyrekcji, pismo z przedstawieniem, ażeby na przyszłość ograniczyć pozwolenia na dowóz takich specyfików zagranicznych, które albo są zbędne, albo też mogą być zastąpione krajowemi.

Na prośbę Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego o mianowanie delegata Izby Naczelnej do Rady Naczelnej wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego, Zarząd N. I. L. powołał na to stanowisko Dr. Marjana Roszkowskiego, naczelnego lekarza szkół miejskich.

Z powodu zarządzeń Wojewody Łódzkiego co do pełnienia obowiązków w Kasach Chorych przez lekarzy komunalnych w czasie stanu bezkontraktowego lekarzy Województwa Łódzkiego z Kasami Chorych, Zarząd N. I. L. zwrócił się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą o obronę lekarzy, otrzymujących rozporządzenia, nie mające związku z ich stanem służbowym, a zatem gwałcące ich wolność osobistą wbrew Konstytucji Rzeczypospolitej.

Z powodu zatargu Izby Poznańsko-Pomorskiej z Uniwersytetem w Poznaniu Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej wystosował pisma do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z prośbą o zwrócenie uwagi Uniwersytetowi w Poznaniu na istniejące i obowiązujące przepisy w Ustawie o Izbach Lekarskich. Sprawa zatargu przeciągała się dość długo. Po cofnięciu przez Uniwersytet nieprawnych rozporządzeń, sprawa ostatecznie zakończona została polubownie.

Od 10 lekarzy, praktykujących sezonowo w Krynicy, należących do Izby Lwowskiej i Warszawsko-Białostockiej, otrzymano pismo z protestem przeciwko płaceniu składek na rzecz Izby Lekarskiej w Krakowie z prośbą o cofnięcie zarządzenia w tej mierze Izby Krakowskiej. Zarząd N. I. L. udzielił odpowiedzi, że art. 18 Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej głosi, że lekarze należący do jednej izby, lecz wykonywujący praktykę lekarską również w granicach innej izby, obowiązani są stosować się do wszystkich miejscowych postanowień i przepisów tej ostatniej. Izba Naczelna na podstawie tego artykułu nie ma prawa narzucać Izbie Krakowskiej innych postanowień i przepisów. W sprawie tej ingerowała również Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia i Izba Lwowska.

Zarząd N. I. L. pozostał jednakże przy swej pierwotnej decyzji.

Na zapytanie Izby Lubelskiej, czy sprawy kierowane bezpośrednio do Sądu izb lekarskich, mogą być rozpatrywane bez uprzedniej opinji w tych sprawach Zarządu Izby, Zarząd N. I. L. udzielił odpowiedzi, że zgodnie z art. 34 Ustawy o Izbach Lekarskich wszystkie sprawy powinny przechodzić przez Zarząd Izby, gdyż ten może doprowadzić do zgodnego załatwienia sprawy, nie kierując jej do Sądu.

Na zapytanie Izby Poznańsko-Pomorskiej, czy lekarz, pełniący li tylko czynności administracyjne, ma obowiązek należenia do Izby Lekarskiej Zarząd N. I. L. udzielił odpowiedzi, że na podstawie uchwały Izby Naczelnej z dnia 25 stycznia 1925 r. lekarz taki nie ma obowiązku należenia do Izby Lekarskiej.

Od Izby Łódzkiej otrzymano pismo w sprawie powoływania lekarzy na komisje poborowe z prośbą, ażeby Izba Naczelna zwróciła się do Władz miarodajnych z żądaniem wydania dodatkowych wyjaśnień, ściśle określających poszczególne paragrafy ustaw i rozporządzeń w tej sprawie. Istniejące w tej sprawie ustawy i rozporządzenia są tak zawiłe, że Zarząd N. I. L. nie miał dotąd możności wystąpić do Władz z odpowiednio motywowanym memorjałem.

Na zapytanie Izby Warszawsko-Białostockiej w sprawie lekarzy specjalistów Zarząd N. I. L. odpowiedział, że Ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej nie przewiduje dotąd żadnych ograniczeń pod względem obierania specjalności przez lekarzy.

Od Izby Lwowskiej otrzymano pismo w sprawie niskich taks za czynności sądowo-lekarskie z prośbą o zwrócenie się do Ministerstwa Sprawiedliwości celem rozpatrzenia i podwyższenia taks wymienionych. Zarząd N. I. L. zwrócił się do Izby Lwowskiej z prośbą o nadesłanie motywowanego wniosku w tej sprawie.

Od Izby Poznańsko-Pomorskiej otrzymano pismo z prośbą o powoływanie członków tej Izby na rzeczników dyscyplinarnych w sądzie Izby Naczelnej w sprawach członków Izby Poznańsko-Pomorskiej. Odpowiedź Prezydjum Sądu Izby Naczelnej, do którego zwrócono to pismo, przesłano Izbie Poznańsko-Pomorskiej.

Od Izby Lubelskiej otrzymano pismo z propozycją zwołania międzyizbowej konferencji w sprawie stosunku lekarzy do kas chorych. Zarząd N. I. L. wystosował do wszystkich Izb pisma z zapytaniem, czy jest celowe zwołanie takiej konferencji, oraz czy w sprawie wymienionej rola Związku nie byłaby odpowiedniejsza. Dotąd nie wszystkie jeszcze Izby wypowiedziały się w tej sprawie.

Wskutek wstrzymania przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia postępowania sądowego w Sądzie Izby Krakowskiej w sprawie jednego lekarza urzędowego i 2-ch lekarzy wojskowych, a także wskutek wstrzymania postępowania sądowego w Sądzie Izby Poznańsko-Pomorskiej w sprawie profesora Uniwersytetu Poznańskiego, Przewodniczący N. I. L. odbył konferencję z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia, która to konferencja nie doprowadziła jednakże do pożądanego wyniku. Izba Poznańsko-Pomorska wniosła z tego powodu skargę do Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

Wskutek ukazania się w czasopiśmie „Lekarz Polski" artykułu Dr. Hilarowicza w sprawie kompetencji Izb lekarskich zwróciły się do Izby Naczelnej Izba Łódzka, Izba Krakowska oraz Izba Warszawsko-Białostocka z propozycją, ażeby Izba Naczelna wypowiedziała się w sprawie tego artykułu. Sprawę tę rozpatrywano na posiedzeniu Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej przy udziale radcy prawnego mecenasa Rymowicza, przyczem Zarząd postanowił, że Naczelna Izba Lekarska, jako Urząd, nie jest powołana do polemiki z artykułami w prasie. Naczelna Izba może zabierać głos i wypowiadać swoją opinję tylko w sprawach konkretnych, zajmując odpowiednie stanowisko na podstawie istniejących ustaw.

Wskutek pisma Dr. Kazimierza Ciąglińskiego z prośbą o podniesienie i poparcie wobec czynników miarodajnych projektu zawarcia konwencji o wzajemnem dopuszczaniu do praktyki lekarzy obywateli Państwa Włoskiego i Polskiego, Zarząd N. I. L. zwrócił się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą

o wszczęcie kroków w tej sprawie. Generalna Dyrekcja projekt Dr. Ciąglińskiego przesłała do Ministerstwa Spraw Zagranicznych.

W sprawie nowelizacji Ustawy o Izbach Lekarskich i Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej otrzymano uwagi od Izb Lekarskich: Poznańsko-Pomorskiej, Warszawsko-Białostockiej i Lwowskiej. Na posiedzeniu Zarządu N. I. L. specjalnie poświęconemu tej sprawie, przy udziale radcy prawnego mecenasa Rymowicza zdecydowano, że jakkolwiek zarówno jedna jak i druga ustawa wymagają gruntownego przekształcenia i co do treści i co do formy, to jednakże chwila obecna nie nadaje się do poczynań tego rodzaju. Zdecydowano więc w projekcie nowelizacji uwzględnić tylko sprawy najpilniejsze, mianowicie nowelizację art. 38 Ustawy o Izbach Lekarskich oraz wprowadzenie artykułu nowego o przysiędze dla członków Sądów Izb Lekarskich. Projekt tej częściowej nowelizacji przesłano Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Od Dr. Karasiewicza z Izby Poznańsko-Pomorskiej otrzymano pismo z protestem co do decyzji Izby Poznańsko-Pomorskiej w sprawie objęcia przez Dr. Karasiewicza posady ambulatoryjnej przy kasie chorych w dwóch miejscowościach. Odwołanie Dr. Karasiewicza uchylono.

Od Dr. Cholewo z Izby Poznańsko-Pomorskiej otrzymano skargę odwoławczą na decyzję Izby Poznańsko-Pomorskiej w sprawie rzekomo niewłaściwego postępowania jednego z kolegów, osiadłych w jednem z nim mieście. Zawiadomiono Dr. Cholewo, że skarga jego powinna być złożona w Izbie Poznańsko-Pomorskiej dla przesłania Izbie Naczelnej w toku instancji.

Od Dr. Kmietowicza ze Lwowa otrzymano pismo ze skargą na nieumieszczenie go na liście członków wyborców Izby Lwowskiej. Po uwzględnieniu wyjaśnienia w tej sprawie Zarządu Izby Lwowskiej odwołanie Dr. Kmietowicza uchylono.

Uwzględniono prośbę członka Sądu I. N. Dr. Jakowickiego, oraz prośby zastępców członków Sądu N. I. L. Dr. Gawłowskiego i Dr. Wisłockiego i zwolniono ich z zajmowanych stanowisk.

Na wniosek Przewodniczącego N. I. L. zwrócono się do wszystkich izb lekarskich z wezwaniem do zbierania składek na samoloty sanitarne i do przesyłania sum zebranych Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Sprawę pieczęci Izb Lekarskich ostatecznie zakończono i zamówione pieczątki przesłano Izbom Lekarskim.

Otrzymano sprawozdanie doroczne izb lekarskich: Krakowskiej, Lwowskiej, Lubelskiej, Łódzkiej i Poznańsko-Pomorskiej.

W końcu nadmienić należy, że Izba Naczelna była reprezentowana na Kongresie francusko-polskim w Paryżu, na Zjeździe przeciwgruźliczym w Krakowie, na Zjeździe lekarzy i Przyrodników w Warszawie, na uroczystości 120-lecia istnienia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego w Wilnie, na uroczystości dziesięciolecia Straży Obywatelskiej w Warszawie, oraz w obradach Komitetu wykonawczego przyszłego zjazdu działaczy sanitarnych miejskich.

W okresie 3-letniego urzędowania Zarząd N. I. L. zajęty organizowaniem Izby Naczelnej i jej Sądu, zajęty rozpatrywaniem regulaminów poszczególnych Izb i Sądów przy zatwierdzaniu tych regulaminów, może nie mógł dość czasu poświęcić sprawom sanitarnym Państwa i sprawom społeczno-lekarskim.

Ustępujący Zarząd nie wątpi, że Nowa Izba Naczelna i jej Nowy Zarząd zadaniom, do których je powołuje Ustawa o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich, będą mogły poświęcić się więcej.

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej zawiadamia iż Prezydjum Sądu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej na posiedzeniu w dniu 13 stycznia 1926 r. ukonstytuowało się w sposób następujący: Przewodniczący Sądu I. L. W.B. Dr. Stanisław Gurbski. Zastępcy Przewodniczącego: Dr. Ettinger Witold, Dr. Nelken Jan, Dr. Szmakfefer Kazimierz, Klamrzyński Piotr. Pisarz Sądu Dr. Chodakowski Gustaw. Zastępca Pisarza Dr. Kapuściński Stanisław.

Sprawozdanie Sądu Izby Lekarskiej w Krakowie za czas 1923—1925.

W okresie lat 1923-1925 wpłynęło do Sądu Izby Lekarskiej w Krakowie spraw ogółem 15.

Z owych 15 spraw uległo umorzeniu, zaniechaniu lub zawieszeniu spraw 5. Jedna z tych spraw była nietylko dojrzała do rozprawy, ale termin jej już był nawet wyznaczony, jednak w przeddzień terminu Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia telegraficznie nakazała wstrzymać rozprawę — co znalazło swój epilog w skardze wniesionej przez Izbę Lekarską do Najwyższego Trybunału Administracyjnego w Warszawie.

Rozprawą główną i wyrokiem zakończyło się dotychczas spraw 4: 1 ostrzeżeniem, 1 napomnieniem, 1 napomnieniem obostrzonem ogłoszeniem w dzienniku urzędowym, 1 naganą, obostrzoną ogłoszeniem w dzienniku urzędowym i grzywną, 2 zasądzonych wyrok przyjęło, 2 zasądzonych wniosło odwołanie do Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej.

Z pozostałych 6 spraw: w 4 toczy się jeszcze śledztwo, a z dwóch w których śledztwo zostało ukończone — jedna pozostaje jeszcze u rzecznika dyscyplinarnego dla wygotowania aktu oskarżenia, w jednej zaś rzecznik wnioski swoje sformułował i jest ona dojrzała do rozprawy głównej.

Pisarz Generalny Sądu I. L. *Dr. Zakrzewski.*

Przewodniczący Sądu Izby Lekarskiej *Prof. Dr. Rutkowski.*

„Zarząd Związku Lekarzy Państwa Polskiego Oddział w Radomiu“ podaje do wiadomości ogółu kolegów, że członek Związku Dr. Stanisław Kelles-Kranz pomimo zobowiązania się pod słowem honoru do przestrzegania solidarności koleżeńskiej, naruszył tę solidarność i pracuje w Kasie chorych podczas stanu bezkontraktowego.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kraków:

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę, 19. b. m. o 8,15 posiedzenie naukowe. Na porządku dziennym: 1) Demonstracje z I. klin. Medycznej. — 2) Dr. L. Bier: „O polskich serach i ich wartości odżywczej“.

Zarząd Bibljoteki Tow. Lek. Krakowsk. składa na tej drodze serdeczne podziękowanie za przesłane dzieła JWPani Dr. Zanietowskiej (bibljoteka, pozostawiona w spadku po ś. p. Dr. Zanietowskim), następnie Prof. Ciechanowskiemu (Handbuch der praktischen Therapie Velden-Wolffa 1926 i szereg czasopism) i Dr. Haskowecowi z Pragi (czasopisma i własne prace).

Dr. Zygmunt Wielski, roentgenolog uprasza Kolegów, którzy w roku 1924, 1925 i 1926 ogłaszali prace z zakresu Roentgeno- i Radioterapii, o nadesłanie odbitek oraz krótkich streszczeń w języku niemieckim, najpóźniej do 10-go czerwca b. r. pod adresem Dr. Zygmunt Wielski, Kraków ul. Garncarska 11 w celu umieszczenia ich w Internationale Roentgenoterapie, którą wydaje Dr. Wetterer z Mannheim.

6-ty Zjazd psyciatrów Polskich został odłożony i odbędzie się dopiero 27 czerwca 1926.

Łódź.

Wydział Wykonawczy Okręgu Łódzkiego Związku lekarzy P. P. zawiadamia, iż wobec upływu terminu wymówienia pracy wszystkim lekarzom Kasy Chorych m. Łodzi z dniem 1-go maja b. r. i wobec niedojścia do porozumienia pomiędzy Zarządem Związku Lekarzy, a Zarządem Kasy Chorych w sprawie sposobu obsadzania stanowisk lekarskich w Kasie Chorych od dnia 1-go maja, z dniem 1-go maja wszyscy lekarze kasowi zaprzestali pracę w Kasie Chorych m. Łodzi. Wobec tego ostrzega się wszystkich Kolegów przed wchodzeniem w jakikolwiekbądź kontakt z Zarządem Kasy Chorych m. Łodzi bez uprzedniego porozumienia się z Zarządem Związku Lekarzy P. P. Obwodu Łódzkiego. (Adres Związku: Łódź, ul. Ewangelicka 9, tel. 33-50).

Ze świata.

89 Zjazd Niemieckich przyrodników i lekarzy odbędzie się w roku bieżącym od 19—26 września w Düsseldorfie. Lista przygotowawcza wymienia 15 sekcyj przyrodniczych oraz 18 lekarskich.

Redakcja otrzymała.

Dr. Karol Kosiński: „Anatomja topograficzna kończyny górnej z praktycznem zastosowaniem dla lekarzy. Stron 366 tekstu, 213 rysunków.

Dr. Kazimierz Bross: „O początkach obecnej opieki lekarskiej nad ubogimi chorymi w mieście Poznaniu zainicjowanej przez Dr. Karola Marcinkowskiego“. (Odbitka z nr. 1. rok IV. „Kroniki Miasta Poznania“).

Bureau international du travail „Bibliographie d'hygiène industrielle“. Wydawnictwa tom III. zeszyt 1. z marca 1926.